



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

ENNALTAEHKÄISEVÄÄ KUNTOUTUSYHTEISTYÖTÄ LIIKUNTAA HYÖDYNTÄEN

Liikuntapolkumalli Nokian kaupungille

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Sini Heinonen
Eija Syrjä

Lahden ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

HEINONEN, SINI & SYRJÄ, EIJA: Ennaltaehkäisevää kuntoutusyhteistyötä liikuntaa hyödyntäen, Liikuntapolkumalli Nokian kaupungille

Fysioterapian opinnäytetyö, 52 sivua, 6 liitesivua

Kevät 2014

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda liikuntapolkumalli Nokian kaupungille. Nokian kaupungilla on aikomuksena lisätä ennaltaehkäisevää toimintaa terveyden ja hyvinvoinnin saralla. Tämän vuoksi terveydenhuollon ja liikuntatoimen yhteistyötä on haluttu lisätä. Tarkoituksena on, että terveydenhuollon ja liikuntatoimen ammattihenkilöt voisivat lähettää, liikuntareseptiä käyttämällä, liikunnasta hyötyvän tai liian vähän liikkuvan asiakkaan helposti liikuntaneuvontaan ja sitä kautta sopivan liikunnan pariin. Työn toimeksiantajana oli Nokian kaupungin vapaa-aikakeskuksen liikuntatoimi.

Suomessa kansalaisten liikkumattomuus on yleistä. Vain noin puolet aikuisväestöstä harrastaa suositusten mukaisesti kestävyysliikuntaa. Liikunnalla voidaan ennaltaehkäistä sairauksia, kuten esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksia, diabetestä ja metabolista oireyhtymää. Yksilöllisesti toteutetun liikuntaneuvonnan kautta voidaan lisätä asiakkaan tietoisuutta liikkumisen hyödyistä ja vaikutuksista sekä motivoida liikkumaan omaehtoisesti. Liikuntaneuvonnan avulla voidaan myös jakaa tietoa liikuntaryhmistä ja -paikoista.

Opinnäytetyö tehtiin toiminnallisena opinnäytetyönä, joka sisältää kirjallisen raportin ja liikuntapolkumallin kaavion. Laadullista teemahaastattelua on käytetty menetelmänä aiempien kokemusten kartoittamiseksi liikuntapolkua jo käyttävissä kunnissa. Nokialla terveystieteiden ja liikuntatoimen henkilökuntien kanssa on liikuntapolkua ideoitu Learning cafe -menetelmän avulla.

Keskusteluiden tulosten pohjalta on luonnosteltu liikuntapolkumalli Nokialle. Mallia tullaan hyödyntämään Nokialla, kun liikuntareseptin käyttöönotto aloitetaan vuoden 2014 aikana.

Asiasanat: terveyden edistäminen, liikuntaresepti, liikuntaneuvonta, terveystoiminta, moniammatillisuus

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

HEINONEN, SINI & SYRJÄ, EIJA: Preventive Rehabilitation Cooperation
Utilizing Exercise, Exercise Track for the
City of Nokia

Bachelor's Thesis in Physiotherapy 52 pages, 6 pages of appendices

Spring 2014

ABSTRACT

The aim of this bachelor's thesis was to create a model for an exercise track to the city of Nokia. In the city, there is an intention to increase preventive actions in the field of health and well-being. Co-operation between municipal healthcare and sports services is being increased. The purpose is that the employees of healthcare and sports services could send a client to physical activity counseling, by using physical activity prescription, if a client does not exercise enough or if he or she benefits from it. This thesis is commissioned by the municipal sports services of Nokia.

In Finland, it is common that people do not exercise enough. Only about half of the adults exercise as recommended during their leisure time. Exercise can prevent some diseases such as diabetes, metabolic syndrome and musculoskeletal diseases. With individual physical activity counseling, awareness of the benefits of exercise can be raised in order to motivate people to be more physically active and exercise more. With physical activity counseling, information on exercise groups and sports facilities can be provided.

This thesis was conducted as a functional study. It includes a written report and a chart of the model for an exercise track. Qualitative methods have been used to examine previous procedures and experiences of on-going projects. With the staff of Nokia healthcare centre and Nokia sports services, the Learning café –method has been used to compose the best model for Nokia.

Based on the conversations and results, the model for an exercise track has been created. The model will be utilized in Nokia when the use of physical activity prescriptions starts during year 2014.

Key words: health promotion, physical activity prescription, physical activity counseling, health-promoting physical activity, multiprofessionalism

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA AIKATAULU	7
3	NOKIAN KAUPUNGIN VAPAA-AIKAKESKUKSEN LIIKUNTATOIMI	8
4	LIIKUNTA-AKTIIVISUUDEN LISÄÄMINEN	9
4.1	Liikuntapolun työvälineitä	9
4.2	Liikuntareseptikäytäntöjä ulkomailla	11
4.3	Liikuntareseptin kehittämishankkeita Suomessa ja esimerkkejä nykykäytännöistä	11
5	TERVEYSLIIKUNNAN ROOLI ENNALTAEHKÄISEVÄSSÄ KUNTOUTUKSESSA	14
5.1	Liikkumattomuus ja ylipaino	14
5.2	Terveysliikunnan sairauksia ehkäisevä vaikutus	15
6	TERVEYSLIIKUNNAN LAIT, SUOSITUKSET JA NIIDEN TOTEUTUMINEN	19
6.1	Lasten terveysliikuntasuosituks	19
6.2	Aikuisten terveysliikuntasuosituks	20
7	NOKIAN LIIKUNTAPOLKUMALLIN TUOTTEISTAMINEN	23
7.1	Kehittämistarpeen tunnistaminen	23
7.2	Ideavaihe	24
7.3	Tiedonhaku	25
7.4	Luonnosteluvaihe	25
7.4.1	Laadullinen tutkimus, teemahaastattelu ja tulokset	27
7.4.2	Learning cafe -menetelmä ja tulokset	30
7.5	Tuotteen kehittäminen	34
7.6	Tuotteen viimeistely	35
7.7	Liikuntapolkumalli Nokialle	35
8	POHDINTA	39
8.1	Opinnäytetyön toteutuksen ja menetelmien arviointi	39
8.2	Yhteistyö	42
8.3	Tavoitteiden täyttyminen, tiedonhankinta ja hyödynnettävyys	43
8.4	Eettisyys, luotettavuus ja jatkotutkimusaiheet	43

LÄHTEET

45

LIITTEET

1 JOHDANTO

Vähäinen liikunta-aktiivisuus on maailmanlaajuisesti neljänneksi suurin kuolemaan johtava riskitekijä. Vuosittain noin 3,2 miljoonaa ihmistä kuolee liikkumattomuuden aiheuttamiin sairauksiin. (WHO 2011.) Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja liikunnallisuus ovat laskeneet viime vuosina. Ylipaino ja lihavuus ovat yleistyneet, tuki- ja liikuntaelinsairauksia ilmenee entistä nuoremmilla ja sairauspoissaolot töistä lisääntyvät. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010.) Aikuisväestöstä kestävyysliikuntaa harrastaa vain noin puolet (Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010, 18 – 19). Jo vähäisellä liikunnan lisäämisellä voidaan ehkäistä useiden sairauksien ja vaivojen syntyä (Liikunta 2012).

Suomessa liikunta- ja terveydenhuoltolakien mukaan kuntien tulee järjestää asukkailleen terveyttä edistäviä palveluja. Kuntien järjestämien palveluiden kautta pyritään hyvinvoinnin ja terveyden lisäämiseen sekä sairauksien ennaltaehkäisyyn. (Liikuntalaki 1054/1998, 1§; Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 2§.) Tämän opinnäytetyön tarve on lähtöisin Nokian kaupungilta, jossa on haluttu lisätä uusia palvelumuotoja terveyttä edistävän toiminnan tueksi. Opinnäytetyön toimeksiantajana on Nokian kaupungin vapaa-aikakeskuksen liikuntatoimi, joka järjestää asiakkaille terveystoimintapalveluja sekä liikuntaneuvontaa.

Ennaltaehkäisevän ja terveyttä edistävän toiminnan tueksi on monissa kunnissa toteutettu erilaisia terveyden edistämisen hankkeita (Toropainen 2007, 14 – 15). Yksi hankemuoto on liikuntapolku, joka sisältää liikuntaan ja terveellisiin elämäntapoihin liittyviä palveluja. Siihen voi kuulua esimerkiksi ravitsemusneuvontaa, liikkumisreseptin käyttöä sekä liikuntaneuvontaa. (Toropainen 2007, 14.) Tämän työn tavoitteena on luoda liikuntapolkumalli Nokian kaupungille. Tarkoituksena on, että asiakkaat voivat siirtyä liikuntapolkumallia hyödyntämällä saumattomasti terveydenhuollon ja liikuntatoimen välillä palvelusta toiseen ja saada tukea sekä opastusta omaehtoiseen liikkumiseen. Henkilökuntiin kuuluvat voivat lähettää liian vähän liikkuvia tai sairauksiensa vuoksi liikunnan lisäämisestä hyötyviä asiakkaitaan sähköisellä liikuntareseptillä liikuntaneuvontaan. Tietoa liikuntapolkua varten on kerätty haastattelemalla työntekijöitä kunnista, joissa liikuntapolku on käytössä.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena. Kokemuksia eri kuntien liikuntapolkukäytännöistä kerättiin laadullisen teemahaastattelun avulla. Haastateltaviksi valittiin sekä lähettäviä fysioterapeutteja että liikuntaneuvontaa antavia liikunnanohjaajia, jotta saataisiin näkemyksiä

ja mielipiteitä liikuntapolun kummaltakin palveluntarjoajalta. Haastatteluiden tuloksia käytettiin infomateriaalina, ennen kuin Nokian kaupungin liikuntapolkumallia ideoitiin yhdessä terveystieteiden ja liikuntatoimen henkilökuntien kanssa. Liikuntapolkumallin ideointitilaisuudet, ideariihet, toteutettiin Learning cafe -menetelmällä. Menetelmää voidaan käyttää ideoimiseen keskustelemalla yhdessä etukäteen valituista teemoista. (Learning cafe 2012.)

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA AIKATAULU

Opinnäytetyön tavoitteena on luoda liikuntapolkumalli, jonka avulla Nokian kaupungin terveydenhuollon ja liikuntatoimen henkilökunnat voivat opastaa ja neuvoa asiakkaitaan liikunnan pariin. Näiden kahden palveluntarjoajan yhteistyötä halutaan kehittää ja lisätä. Liikuntapolkumallia käytetään moniammatillisen yhteistyön välineenä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on, että asiakkaat voivat siirtyä liikuntapolkumallia hyödyntämällä saumattomasti palveluntuottajalta toiselle ja saada tukea sekä opastusta omaehtoiseen liikkumiseen. Mallissa otetaan huomioon Nokian kaupungin terveydenhuollon ja liikuntatoimen henkilökuntien ajatukset ja kehitysideat uudennlaiselle toiminnalle.

Asiakkaiden puolelta huomioidaan tyypillisimmät kansansairaudet, joihin tutkimusten mukaan liikunnalla on todettu olevan parantavia ja terveyttä edistäviä vaikutuksia. Toimiva liikuntapolkumalli auttaa henkilökuntaan kuuluvia opastamaan asiakkaita liikuntaneuvontaan tai omaehtoiseen liikkumiseen esimerkiksi liikuntaseurojen tai järjestöjen palveluiden parissa.

Tapahtuma	Aika
Aihe Nokialta	Marraskuu 2012
Ilmoittautuminen opinnäytetyöprosessiin	Joulukuu 2012
Ohjaaja koululta	Tammikuu 2013
Palaveri toimeksiantajan kanssa	Helmikuu 2013
Teorian kirjoittaminen alkoi	Helmikuu 2013
Suunnitelmaseminaari	21.3.2013
Tutkimuslupien anominen	Huhtikuu 2013
Haastattelut	Touko- Kesäkuu 2013
Nokian liikuntatoimen info ja ideariihi	26.6.2013
Nokian terveyskeskus infotilaisuus	15.8.2013
Nokian terveyskeskus ideariihi	28.8.2013
Liikuntapolun suunnittelua ja lisää teoriaa	Syksy 2013
Palaute ja viimeistely	Tammikuu 2014
Julkaisuseminaari	20.2.2014

KUVIO 1. Aikataulu

3 NOKIAN KAUPUNGIN VAPAA-AIKAKESKUKSEN LIIKUNTATOIMI

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Nokian kaupungin vapaa-aikakeskuksen liikuntatoimi, joka vastaa kaupungin terveystoimintapalveluista. Liikuntatoimi tarjoaa kaupungin asukkaille mahdollisuuksia liikunta- ja urheiluharrastuksiin sekä tukee liikuntaseurojen ja yhdistysten toimintaa. Terveystoiminnan edistäminen on yksi tärkeä osa liikuntapalveluiden toimenkuvaa. Liikuntatoimen terveystoimintaryhmiä on 32. Tarjolla on vesi- ja kuntojumppaa, ohjattuja kuntosaliryhmiä, matalankynnyksen ryhmä sekä tasapaino- ja tuolijumppaa. Ryhmäohjauksesta vastaavat koulutetut liikunnanohjaajat. Terveystoimintapalveluiden lisäksi liikuntatoimella on tarjolla muun muassa laaja valikoima lasten liikuntaa sekä liikuntaneuvontaa, jonne mielestään liian vähän liikkuvat asiakkaat ovat jo nyt voineet varata ajan omatoimisesti.

Nokian kaupunki on mukana sosiaali- ja terveydenhuollon KASTE -hankkeen sähköisen hyvinvointikertomuksen käyttöönottoon liittyvässä kokonaisuudessa. KASTE -hankkeen tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisiksi. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012, 4.) Lisäksi uuden terveydenhuoltolain velvoitteiden pohjalta on tämän hankkeen yhteydessä Nokialle tehty myös muita terveydenhuollon edellyttämiä toimenpiteitä. Kunta on muun muassa nimennyt terveydenedistämisen vastuuhenkilöt sekä palkannut hyvinvointikoordinaattorin. Kaupungin pitkántähtäimen strategiassa tavoitellaan hyvinvoivaa Nokiaa, jossa panostetaan asukkaiden terveyteen ja hyvinvointiin, tuetaan ennaltaehkäisevästi sekä painotetaan moniammatillista yhteistyötä yli palvelukeskusrajojen. Vuoden 2014 tavoitteisiin on kirjattu muun muassa liikuntareseptin käyttöönotto. (Nokian kaupunki 2014a.) Tämä opinnäytetyö lähti toimeksiantajan tarpeesta kehittää palveluita kaupungin strategiaa silmällä pitäen.

4 LIIKUNTA-AKTIIVISUUDEN LISÄÄMINEN

Viime vuosina on kunnissa kehitetty uusia terveystalvumutoja erilaisten terveyden edistämis- ja liikuntahankkeiden avulla. Hankkeiden perusajatuksena on saada kuntalaisille suunnatut liikuntapalvelut monipuolisemmiksi yhdistäen eri toimialojen ammattitaitoinen osaaminen. Kehittämistyö vaatii moniammatillista yhteistyötä, joka helpottaa yhteisten pelisääntöjen luomista sekä tiedottamista erillisten toimialojen ideoista ja toiminnasta. (Toropainen 2007, 14 – 15.)

Moniammatillisuudella tarkoitetaan eri ammattikuntien yhteistyötä, jonka tavoitteena on yhdistää eri tiedon ja osaamisen näkökulmia uusiksi toimintamuodoiksi. Moniammatillisuus sosiaali- ja terveysalalla on lääkäreiden, sairaan- ja terveydenhoitajien sekä fysioterapeuttien yhteistoimintaa, jonka pyrkimyksenä on huomioida asiakas kokonaisuutena. (Isoherranen 2005, 14 – 15.) Kun kyseessä on terveyden edistämis- tai liikuntahanke, ovat toiminnassa mukana myös liikunta-alan ammattilaiset. Useamman eri toimialan kesken tapahtuva yhteistyö on haasteellista, mutta ei mahdotonta. Eri toimialojen tulisi huomioida omien palveluiden tiedottamisesta, mutta olla myös tietoisia muiden ryhmien osaamisesta, jotta palvelu vastaisi asiakkaan tarpeisiin parhaalla mahdollisella tavalla. (Toropainen 2007, 15 – 17.)

Toimivassa ja joustavassa moniammatillisessa työskentelyssä valtaa ja vastuuta voidaan siirtää eri ammattien edustajista muodostetuille ryhmille tai tiimeille, joissa toimintaa kehitetään ja suunnitellaan strategialähtöisesti (Isoherranen 2005, 65 – 67). Vuosien 2008 – 2015 Kansallisen tule-ohjelman mukaan laaja tietämys muun muassa tuki- ja liikuntaelämästön sairauksista ja hoidosta sekä tiivis yhteistyö eri ammattialojen ja organisaatioiden välillä on edellytys tehokkaammalle sairauksien ennaltaehkäisylle ja hoidolle. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010, 4.)

4.1 Liikuntapolun työvälineitä

Liikuntapolku voi pitää sisällään erilaisia liikuntaan ja terveellisiin elämäntapoihin liittyviä palveluita esimerkiksi liikuntareseptin, liikunta- tai ravitsemusneuvontaa sekä erilaisia ohjattuja liikuntaryhmiä. Kokonaisuuteen kuuluu erilaisia liikuntapalveluja ja kriteerejä, joilla asiakas ohjataan turvallisen liikkumisen pariin. (Toropainen 2007, 14.)

Liikuntareseptillä tarkoitetaan ohjetta, joka on yksilöllinen ja selkeä ja kertoo kuinka henkilön tulisi liikkua (Ståhl 2005). Reseptin tarkoituksena on toimia arviointivälineenä asiakkaan liikuntaneuvonnan tarpeesta. Sen avulla yritetään lisätä päivittäistä liikuntaa ja fyysistä aktiivisuutta sekä tietoisuutta liikunnan terveysvaikutuksista. (Wilskman 2008.) Reseptiin kerätään esitietoja nykyisistä liikuntatottumuksista ja siihen kuuluu myös jälkiseuranta edistymisestä (Ståhl 2005).

Liikuntareseptin käytön on tutkittu lisäävän liikunnallista aktiivisuutta. Muutoksen pysyvyyden kannalta seurannan on todettu olevan oleellista. (Kukkonen-Harjula 2012.) Erään tutkimuksen mukaan lääkäreiden antama liikuntaresepti lisäsi asiakkaiden liikuntaa. Liikuntareseptin käyttöönotto vaatii kuitenkin aikaa ja asteittaista etenemistä. Parhaiten reseptikäytäntöä voidaan edistää, kun käyttöönotto tehdään paikallisella tasolla. (Aittasalo 2008, 70 – 73, 84.)

Liikuntaneuvonta on terveydenhuollon tai liikunta-alan ammattilaisen tarjoamaa terveys- ja hyvinvointineuvontaa, jonka avulla voidaan tukea asiakasta elämänmuutoksessa. Terveys- ja hyvinvointineuvonnan ammattilaisten osalta neuvonta käsittää liikunnan terveyshyödyn ja sen vaikutuksen asiakkaan terveydentilaan sekä toimintakykyyn. (Toropainen 2007, 16.) Neuvonnan tehtävänä on tukea asiakasta vähitellen tapahtuvaan liikuntatottumusten muuttamiseen. Pyrkimyksenä ei ole antaa valmiita liikkumisen vaihtoehtoja, vaan auttaa asiakasta löytämään omaan elämäntilanteeseen sopivin ja käyttökelpoisin muoto. Liikkumistottumusten lisäksi neuvonnassa voidaan keskustella muun muassa painonhallinnasta ja ravinnon merkityksestä. Terveys- ja hyvinvointineuvonnan avulla voidaan tukea liikunnan terveyshyödyn ja sen vaikutuksen asiakkaan terveydentilaan sekä toimintakykyyn. (Toropainen 2007, 16.) Neuvonnan tehtävänä on tukea asiakasta vähitellen tapahtuvaan liikuntatottumusten muuttamiseen. Pyrkimyksenä ei ole antaa valmiita liikkumisen vaihtoehtoja, vaan auttaa asiakasta löytämään omaan elämäntilanteeseen sopivin ja käyttökelpoisin muoto. Liikkumistottumusten lisäksi neuvonnassa voidaan keskustella muun muassa painonhallinnasta ja ravinnon merkityksestä. Terveys- ja hyvinvointineuvonnan avulla voidaan tukea liikunnan terveyshyödyn ja sen vaikutuksen asiakkaan terveydentilaan sekä toimintakykyyn. (Toropainen 2007, 16.)

Suullisesti annetun liikuntaneuvonnan tukena voi käyttää monia kirjallisia materiaaleja, kuten yleisiä liikuntaesitteitä, joissa on tietoa liikunnan hyödyistä, määristä ja laadusta. Kirjallinen materiaali saattaa helpottaa ja auttaa asiakkaan liikuntatottumusten verryttämistä ja antaa asiakkaalle lisää tietoa liikunnasta. Materiaali voi myös toimia motivaattorina elämäntapamuutoksiin ryhtyessä. (Aittasalo 2007, 11.) Liikuntaneuvonnan vaikuttavuutta on tarkasteltu systemaattisten katsausten avulla. Tutkimustulosten mukaan yksi kahdestatoista aikuisesta on muuttanut elämäntapojaan ja on alkanut liikkua suositusten mukaisesti. Kunnissa on hyvä järjestää suunnitelmallista terveysliikunnan kehittämistä ja liikuntaneuvontaa osana asukkaiden kuntoutusta. (Toropainen 2012, 23 – 24.)

4.2 Liikuntareseptikäytäntöjä ulkomailla

Uusi-Seelanti on yksi ensimmäisistä liikuntareseptin käyttöönottoaneista maista. Siellä liikuntareseptin käyttö on aloitettu ensimmäisen kerran jo vuonna 1998. Uuden-Seelannin mallia kutsutaan Green Prescription –nimellä. Mallissa hoitoalan ammattilainen, jolla on tietoa asiakkaan terveydestä, antaa joko paperisen tai sähköisen reseptin. Malliin kuuluu kuukausittaisia seurantakäyntejä tai puheluita kolmen-neljän kuukauden ajan. Lisätueksi voidaan nimetä tukihenkilö, joka voi olla läheinen tai ammattilainen. Asiakkaan reseptiä voidaan päivittää sitä mukaan kun hänen fyysinen aktiivisuutensa lisääntyy ja kunto kohenee. (Ministry of Health 2010.)

Ruotsissa on käytössä vuonna 2001 kehitetty Fysisk aktivitet på recept (FaR). Se on käytössä valtakunnallisesti, mutta sitä on muokattu alueellisesti väestölle sopivaksi. Se sopii sekä terveille että sairaille asiakkaille. Reseptin antaja saa olla kuka vain terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on tarpeeksi tietoa asiakkaan terveydentilasta. Ruotsin mallin pohjalta on huomattu, että paikallinen tukiverkosto helpottaa onnistumista siinä, että liikunnasta tulee elämäntapa. (Kallings 2010, 19, 26 – 28.)

Tanskassa vuonna 2002 kehitetty Motion på Recept (MpR) on tarkoitettu fyysisesti inaktiivisille asiakkaille. Toteutus on moniammatillista yhteistyötä, jossa lääkäri on vastuussa, mutta haastattelun ja seurannan hoitavat yleensä fysioterapeutit. Tanskan mallissa asiakas saa paljon tukea ryhmäkokoonantumisten ja seurannan kautta. Pitkäaikaisvaikutukset jäävät usein kuitenkin saavuttamatta, koska moni lopettaa liikunnan tuen ja seurannan päättymisen jälkeen. (Kallings 2010, 20 – 22.)

Norjan terveysliikuntaa edistävä malli on Grønn resept. Norjassa kohderyhmänä ovat diabeetikot sekä sydän- ja verisuonitauteja sairastavat asiakkaat. Resepti on ollut käytössä vuodesta 2003 ja vuonna 2008 tehdyn tutkimuksen mukaan sen oli saanut yli 30 000 asiakasta. Norjassa on kehitteillä useita uusia liikuntareseptejä. (Kallings 2010, 17, 24.)

4.3 Liikuntareseptin kehittämishankkeita Suomessa ja esimerkkejä nykykäytännöistä

Suomen Reumaliitto, KKI-ohjelma, Lääkäriliitto, Sydänliitto, Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden tutkimuskeskus ja UKK-instituutti tekivät yhteistyöhankkeen aiheesta Liikkumisresepti vuonna 2001 – 2004 (UKK-instituutti 2011b). Hankkeen kautta pyrittiin

saamaan perusterveydenhuollon lääkäreiden kautta liikuntareseptejä liian vähän liikkuville asiakkaille. Hanke toteutettiin kaksivaiheisella tutkimuksella. Ensimmäinen tutkimus tehtiin kahdella eri reseptilomakkeella kahdessa terveyskeskuksessa. Lääkärit perehdytettiin aiheeseen lyhyessä koulutuksessa ja heille annettiin lomakkeita kokeiluun. Ensimmäisten tutkimuspalautteiden pohjalta luotiin lopullinen reseptilomake. Toisessa vaiheessa terveyskeskuksia oli mukana viisi. Resepti sai positiivista palautetta sekä asiakkailta, että henkilökunnalta. Ongelmina lääkärit kokivat ajan ja reseptin käytön koulutuksen puutteet. Reseptin käyttöaste jäi valitettavan alhaiseksi. (Aittasalo & Miilunpalo 2002, 1 – 5.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 26 kunnan alueella toteutettiin vuosina 2004 – 2006 liikkumisreseptin alueellisen käyttöönoton ja vaikutusten arvioinnin hanke. Hankkeen tavoitteina oli lisätä asukkaiden liikunta-aktiivisuutta ja tietoisuutta terveysliikunnasta sekä kouluttaa terveydenhuollon henkilökuntaa liikkumisreseptin käyttöön. Näillä keinoilla pyrittiin ennaltaehkäisemään kansansairauksia. Tavoitteiden saavuttamiseksi tehtiin yhteistyötä terveydenhuollon, liikunta-, sosiaali- ja sivistystoimen sekä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. (Lähdesmäki, Tala & Lautamaja 2008, 5.)

Hankkeeseen liikuntaneuvonnan tueksi laadittiin täsmennettyä tietoa sisältävät liikuntaneuvolakortit eri väestö- ja sairausryhmille, esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksia sairastaville. Liikuntaneuvontaa toteutettiin usealla eri tavalla; sitä sai lääkärin tai työterveyshuollon kautta, fysioterapeutin pienryhmä- tai yksilöohjauksena tai toimintakykyä tukevana ohjauksena. Lisäksi neuvontaa toteutettiin kuntoneuvolakäyntinä. Siinä lääkäri tai terveydenhoitaja esitöytti liikkumisreseptin ja lähetti potilaan tarvittaessa fysioterapeutin yksilölliseen kuntoneuvolaohjaukseen. Kuntoneuvola sisälsi seurantakäynnin kolmen kuukauden kuluttua, minkä jälkeen asiakas ohjautui omaehtoiseen liikkumiseen tai ryhmäliikuntatunneille. (Lähdesmäki ym. 2008, 47 – 51.)

Pirkanmaalla toteutettiin vuosina 2005 – 2006 Liikuntalisä- terveysliikunnan kehittäminen PSHP:n alueella -kehittämishanke. Hankkeen tavoitteena oli kehittää eri toimijoiden kanssa liikuntaneuvonnan osaamista sekä liikunnan mahdollisuuksia Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Hankkeeseen liittyi terveydenhuollon toimijoiden liikuntaneuvontakoulutusta, terveysliikuntapalveluista tiedottamista, liikuntapalveluiden monipuolistamista sekä yhteistyön lisäämistä eri toimijoiden välillä. Lisäksi hankkeen avulla haluttiin selkiyttää terveysliikuntaneuvontaan liittyvää yhteistoimintaa. Konkreettisena muutoksena

sairaanhoitopiirille suunniteltiin ja toteutettiin terveysliikuntafysioterapeutin toimi. (Poukka, Ivori & Vapaaoksa 2008, 10 – 12.)

Hankkeen pohjalta päädyttiin mallintamaan liian vähän liikkuvalla aikuisella sopiva liikuntaneuvontaprosessi. Esimerkkihenkilönä käytettiin tamperelaista diabetekseen sairastumisvaarassa olevaa henkilöä. Prosessi on räätälöity sopimaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin palvelurakenteeseen, mutta sitä voidaan tarvittaessa soveltaa muissakin kunnissa. Tärkeiksi tekijöiksi havaittiin asiakkaan sitoutuminen liikunnan lisäämiseen, mahdollisuus tiedonsaantiin, terveysliikunnan toimijoiden yhteistyö sekä riittävät resurssit ennaltaehkäisevään toimintaan. (Poukka ym. 2008, 25 – 27.)

Nykyään Tampereella liikkumisresepti on käytössä yhtenä liikuntaneuvonnan työkaluna. Liikuntaneuvonta on tarkoitettu asiakkaille, joilla on huono fyysinen kunto, terveysriski, johon liikunnalla voidaan vaikuttaa tai henkilölle, jolla on halu muuttaa elintapojaan ja liikuntakäyttäytymistään. Terveystieteiden ammattilaisista lääkäri tai hoitaja antaa asiakkaalle reseptin ja varaa ajan liikunnanohjaajan antamaan liikuntaneuvontaan. Liikunnanohjaaja antaa asiakkaalle neuvoja liikkumiseen, täydentää liikkumisreseptiä sekä suorittaa seuranta. Tällaista toimintaa varten on Tampereella luotu Pegasos-järjestelmään oma liikunta-sivu, jolle liikuntaneuvontakäynnit kirjataan. (Liikkumisresepti 2013.)

Päijät-Hämeen alueella on käytössä liikkumislähete, jonka toimintaperiaate on sama kuin liikuntareseptien. Liikkumislähete-hankkeen tavoitteena on maakunnallinen liikuntaneuvonta, jonka pyrkimyksenä on ennaltaehkäistä syrjäytymistä sekä työkyvyttömyyttä. Liikkumislähete on tarkoitettu kaikille Päijät-Hämeen asukkaille. Palvelua tarjoavat neuvolat, kouluterveydenhuolto, terveyskeskukset, työterveyspalvelut sekä kunnallinen fysioterapia. Lähetteessä tiedustellaan asiakkaan tämän hetkistä liikkumista, ja ohjataan hänet liikuntaneuvontaan. Liikuntaneuvontakäynnit ovat henkilökohtaisia. Kuuden tapaamisen aikana suoritetaan alkukartoitus, päivitetään liikuntasuunnitelmaa, keskustellaan ravinnosta ja suunnitellaan liikunnan jatkoa. (Salo 2012, 6 – 9.)

5 TERVEYSLIIKUNNAN ROOLI ENNALTAEHKÄISEVÄSSÄ KUNTOUTUKSESSA

Terveysliikunta määritellään liikunnaksi, jolla on terveydelle edullisia vaikutuksia ja jossa riskit ja haitat jäävät pieniksi (Vuori, Taimela & Kujala 2005, 18 - 19). Terveysliikunnaksi voidaan lukea kaikki sellainen fyysinen aktiivisuus, joka edistää terveyttä tehostamalla hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaa, vahvistamalla tuki- ja liikuntaelimistöä, parantamalla liikehallintakykyä ja vilkastuttamalla aineenvaihduntaa. (Fogelholm 2006, 47; UKK-instituutti 2012.) Liikunta vaikuttaa positiivisesti myös mielialaan. Säännöllisen liikkumisen on todettu vähentävän stressin tunnetta ja ärtyneisyyttä sekä vaikuttavan ehkäisevästi yli 20 sairauteen. (Fogelholm 2005, 48 – 53.) Tällaisia sairauksia ovat muun muassa tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet, hengitys- ja verenkiertoelimistön sairaudet, ylipaino, diabetes, masennus sekä useat neurologiset sairaudet. (Fogelholm 2005, 11 – 12; Liikunta 2012.)

Wallerin (2011) 20 vuotta jatkuneessa tutkimuksessa liikunnan vaikutuksista todetaan, että vähäinenkin liikunta ehkäisee erityisesti vyötärölihavuutta ja tyypin 2 diabetesta. Vaikuttavuutta on todettu erityisesti liikunnan ja terveellisen ruokavalion yhdistelmällä. (Waller 2011; Liikunta 2012.) Liikuntaa lisäämällä voidaan myös vähentää sairauslomia tai lyhentää niiden kestoa (Holopainen, Lahti, Rahkonen, Lahelma & Laaksonen 2012). Suositusten mukaan liikunnan tulee olla riittävän tehokasta. Esimerkiksi sykkeen tulisi kohota, mutta jäädä kuitenkin alle 85 prosenttiin maksimista. (Arokoski, Alaranta, Pohjalainen, Salminen & Viikari-Juntura 2009, 101.) Vähäisen liikunta-aktiivisuuden on todettu olevan maailmanlaajuisesti neljänneksi suurin kuolemaan johtava riskitekijä. Vuosittain arviolta noin 3,2 miljoonaa ihmistä kuolee liikkumattomuuden aiheuttamiin sairauksiin. (WHO 2011.)

5.1 Liikkumattomuus ja ylipaino

Liikkumattomuus on haitta terveydelle. Sen sijaan oikein toteutetulla liikunnalla on paljon terveyttä edistäviä vaikutuksia. (Liikunta 2012.) Liikkumattomuus altistaa ylipainolle, jonka kertyminen voidaan välttää säännöllisellä liikunnalla (Lambers, Van Laethem, Van Acker & Calders 2008). Liian korkean kehon rasvaprosentin on todettu olevan uhka terveydelle. Ylipainoisella henkilöllä on riski sairastua muun muassa sydän- ja verisuonisairauksiin, diabetekseen, kohonneeseen verenpaineeseen sekä rinta- ja paksusuolen syöpään. Lihavuus on riski myös tuki- ja liikuntaelimistön kunnolle, erityisesti nivelille. Erityisenä uhkana

voidaan pitää vyötärölle kertynyttä viskeraalista rasvaa. (Waller 2011). Merkittävää vyötärölihavuutta oli noin 40 prosentilla 30 vuotta täyttäneistä (Lundqvist, Lahti-Koski, Rissanen, Stenholm, Borodulin & Männistö 2012, 62 – 65). Suomalaisista aikuisista yli puolet luokitellaan ylipainoisiksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 11). Lihavaksi luokitellaan joka neljäs aikuinen. Yli 30 vuotiaista vain 30 prosenttia miehistä ja 40 prosenttia naisista oli normaalipainoinen vuonna 2011 tehdyn tutkimuksen mukaan. (Lundqvist ym. 2012, 62 – 65.)

Kansallisen tuki- ja liikuntaelin -ohjelman esitys terveyden edistämisen osalta keskittyy lihavuuden ehkäisyyn ja vähentämiseen sekä fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan lisäämiseen (Kansallinen TULE -ohjelma 2007, 10). Lihavuuteen puuttumisen tulisi olla ennaltaehkäisevää hoitoa yhteistyössä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, työterveyden, kolmannen sektorin ja muiden kunnan toimijoiden kanssa (UKK-instituutti 2008). Tällainen edellyttää kunnilta hoitoketjujen luomista ja käyttöönoton lisäämistä, henkilökunnan kouluttamista sekä erilaisten painonhallintaryhmien järjestämistä (Lihavuus (aikuiset) 2011; Kansallinen TULE - ohjelma 2007, 13).

5.2 Terveysliikunnan sairauksia ehkäisevä vaikutus

Diabetes on suomalaisten keskuudessa yksi nopeimmin yleistyvistä sairauksista. Ennusteiden mukaan seuraavien kymmenen vuoden aikana sairastuneiden lukumäärä voi jopa kaksinkertaistua. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 10 – 11.) Tutkimukset osoittavat, että elintapojen muuttaminen terveyttä edistävään suuntaan voi estää diabetekseen sairastumiselta tai viivästyttää sitä (Walker, Dea, Gomez, Girgis & Colagiuri 2010; Lambers ym. 2008). Elintapoja tulisi muuttaa lisäämällä liikunta-aktiivisuutta sekä syömällä monipuolista ja terveellistä ruokaa. Näiden keinojen avulla laihduttaminen onnistuu ja pidempiaikainen painonhallinta mahdollistuu. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 10 – 11.)

Ohjatun liikunnan ja liikuntaneuvonnan yhteisvaikutus diabetikon terveyteen on todettu tehokkaammaksi kuin pelkästä liikuntaneuvonnasta saadut vaikutukset (Balducci, Zanusso, Nicolucci, De Feo, Cavallo, Cardelli, Fallucca, Alessi, Fallucca & Pugliese 2010). Säännöllisellä liikunnalla on hyvä ja parantava vaikutus aineenvaihduntaan ja verenkiertoelimistön toimintaan. Kaikenlainen liikkuminen saa aikaan muun muassa verenpaineen alenemisen, edistää painonhallintaa sekä vaikuttaa positiivisesti

sokeritasapainoon. Jo vähäinen vapaa-ajan liikunnan lisääminen ehkäisee sairastumista tyyppin 2 diabetekseen (Waller 2011). Parhaimman tuloksen saa aikaiseksi yhdistämällä sekä kestävyysliikunnan että lihasvoimaharjoittelun. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 38 – 39; Liikunta 2012; Lambers ym. 2008.)

Metabolisesta oireyhtymästä puhutaan silloin, kun henkilöllä esiintyy vähintään kolme sydän- ja verenkiertosairauksiin altistavista tekijöistä. Tällaisia tekijöitä ovat vyötärölihavuus, kohonnut verenpaine sekä alhainen HDL-kolesteroli ja kohonnut paastoverensokeriarvo. Metabolisen oireyhtymän tekijät altistavat sepelvaltimotaudille sekä tyyppin 2 diabetekseen sairastumiselle. (Kukkonen-Harjula 2012, 93 – 94.) Metabolisen oireyhtymän oireiston hoitosuosituksissa painotetaan sekä terveysliikunnan että ruokavalionmuutosten tärkeyttä (Kukkonen-Harjula 2012, 101). Suositeltavaa on myös liiallisen istumisen välttäminen, sillä viimeisimpien tutkimusten mukaan paljon istuvalla on suurempi todennäköisyys sairastua metaboliseen oireyhtymään. Sairastumisen riski on olemassa, vaikka henkilö harrastaisi reipasta liikuntaa. (Edwarson, Gorely, Davies, Gray, Khunti, Wilmot, Yates & Biddle 2012.)

Kevyellä ja kohtuullisesti kuormittavalla liikunnalla on todettu olevan edullisia vaikutuksia useimpiin riskitekijöihin, jotka aiheuttavat metabolisen oireyhtymän oireita (Liikunta 2012). Erityisen tärkeää oireyhtymän hoidossa ovat liikunnan lisäämisen ja ravintotottumusten muuttamisen lisäksi painonpudotus, tupakoinnin lopettaminen ja alkoholinkäytön vähentäminen (Mustajoki 2013b). Liikkumisen ohjeistus aiemmin liikkumattomille henkilöille, keski-ikäisille ja vanhemmille metabolista oireyhtymää sairastaville, on päivittäinen puolen tunnin mittainen reipas kävely. Aiemmin vähän liikkuneet voivat lisätä liikkumistaan kohtuullisesti rasittavan reippaan kävelyn suuntaan. (Kukkonen-Harjula 2012, 101.)

Sydän- ja verisuonisairauksista yleisimpiä Suomessa ovat sepelvaltimotauti, valtimonkovettumatauti eli ateroskleroosi, verenpainetauti ja aivohalvaus. Sairastumisriskiä lisäävät ylipaino, tupakointi, korkea verenpaine, korkeat kolesteroliarvot, liikunnan vähäisyys ja se, että lähisuvussa on esiintynyt sydän- ja verisuonisairauksia. Myös elintavoilla voidaan vaikuttaa sairastumisriskiin. Lisäämällä liikuntaa ja syömällä terveellisesti ja monipuolisesti riskiä voi pienentää. Liiallista suolan ja kovien rasvojen käyttöä tulisi myös välttää. (Javanainen 2007.)

Liikunnalla on verenpainetta alentava vaikutus. Sen avulla voidaan vähentää myös kohonneesta verenpaineesta johtuvaa kuolleisuutta. (Rossi, Dikareva, Bacon & Daskalopoulos 2012.) Kestävyysliikuntaharjoitteiden ja kuntosaliharjoittelun on todettu vaikuttavan verenpaineeseen, mutta parhaita tuloksia on saatu molempia yhdistämällä (Sousa, Mendes, Abrantes, Sampaio & Oliveira 2013). Henkilölle, jonka verenpaine on koholla, suositellaan kestävyysliikuntaa 30 minuuttia joka päivä kohtalaisella kuormittavuudella. Toisin sanoen niin, että henkilö hengästyy ja hikoilee jonkin verran. Runsas alkoholin käyttö nostaa verenpainetta ja lisää aivohalvauksen riskiä. (Kohonnut verenpaine 2009.) Myös korkeat kolesteroliarvot lisäävät riskejä. Kokonaiskolesteroliarvon lievä ylittäminen ei ole vaarallista, jos muita riskitekijöitä ei ole. Jos henkilöllä on korkean kolesteroliarvon lisäksi korkea verenpaine tai hän tupakoi tai liikkuu liian vähän, tulisi aloittaa kolesterolilääkitys. Kolesteroliarvoihin voidaan vaikuttaa terveellisellä ruokavaliolla ja liikunnalla. (Mustajoki 2013a.)

Tuki- ja liikuntaelinsairauksia on todettu yli miljoonalla suomalaisella. Näitä sairauksia esiintyy joka viidennellä työikäisellä ja joka kolmannella eläkeläisellä. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat yleisin syy lääkarissa käynteihin sekä työelämän sairauspoissaoloihin. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010, 8.) Opetusministeriön julkaisemassa tutkimuksessa Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010 todetaan, että joka kolmas yli yhdeksän päivän työstä poissaolo johtuu tuki- ja liikuntaelimistön sairaudesta. Tulevaisuudessa on odotettavissa työikäisten tuki- ja liikuntaelinsairauksien runsas lisääntyminen. Syitä sairastumiseen ovat muun muassa väestön ikääntyminen, ylipaino, fyysisen aktiivisuuden väheneminen ja yleiskunnon heikkeneminen. Tutkimuksessa todetaan, että tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamat ongelmat heikentävät toimintakykyä ja ovat uhka työkyvylle. (Husu, Paronen, Suni & Vasankari 2011, 11.)

Liikunnalla voidaan ehkäistä ja hidastaa osteoporoosia ja sitä kautta pienentää murtumariskejä. Sopivia lajeja luuliikuntaan ovat esimerkiksi juoksu, kävely maastossa tai sauvoilla, portaiden nousu sekä pallopelit ja muut lajit joihin liittyy hyppyjä. Liikunnalla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia kivun hoitoon polven ja lonkan nivelrikoissa. Myös erityisesti pitkittyneissä selkäkivuissa on saatu apua kipuihin ja toimintakykyyn liikunnasta. Kestävyysliikunnan avulla on saatu helpotusta joidenkin fibromyalgiaa sairastavien henkilöiden kipuihin. Nivel- ja selkärankareumaa sairastavilla liikunta parantaa

kestävyyskuntoa ja lihasvoimaa sekä auttaa ylläpitämään nivelten liikelaajuuksia. (Liikunta 2012.)

6 TERVEYSLIIKUNNAN LAIT, SUOSITUKSET JA NIIDEN TOTEUTUMINEN

Liikunta- ja terveydenhuoltolait velvoittavat kuntia järjestämään asukkailleen terveyttä edistäviä palveluja. Lakien tarkoituksena on muun muassa edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä, sekä tasa-arvoa ja suvaitsevaisuutta. (Liikuntalaki 1054/1998, 1§; Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 2§.) Liikuntalain mukaan valtion tulee tukea kuntia tai kuntayhtymiä liikuntatoimen kustannuksissa sekä liikuntapaikkojen rakentamisessa ja ylläpitämisessä, kun taas terveydenhuoltolain puitteissa on järjestettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksia ehkäisevää terveysneuvontaa (Liikuntalaki 1054/1998, 5 – 9§; Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 13§). Valtio myöntää vuosittain apurahoja esimerkiksi liikuntatieteelliseen tutkimus- ja kehitystyöhön sekä kehityshankkeisiin. Valtio tukee lisäksi vuosittain liikuntajärjestöjä sekä huippu-urheilua. (Liikuntalaki 1054/1998, 5 – 9§.)

WHO on antanut vuonna 2010 päivitetyn suosituksen liikunnasta maailmanlaajuisesti (WHO 2010). Suomen terveysliikuntasuositukset pohjautuvat Yhdysvalloissa annettuihin suosituksiin. Suositukset perustuvat tutkittuun tietoon liikunnan vaikuttavuudesta ja hyödyistä terveydelle (Liikunta 2012). Suomessa alle 18-vuotiaiden liikuntasuositus on annettu Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Opetusministeriön toimesta 7 – 18 vuotiaille (Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7 – 18 vuotiaille 2008). Varhaiskasvatukselle on annettu omat ohjeet (Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005).

6.1 Lasten terveysliikuntasuositukset

Alle kouluikäinen lapsi tarvitsee ministeriön katsauksen mukaan vähintään kaksi tuntia reipasta liikuntaa päivässä. Liikkumisympäristön tulee olla virikkeellinen. Tiloja ja välineitä tulisi olla sekä sisä- että ulkoliikuntaan. Pienille lapsille suositellaan ohjattua liikuntaa viikoittain ikätason mukaan sekä sisällä että ulkona. Hetki voi ikätasosta riippuen kestää kymmenestä minuutista tuntiin. Vanhempien malli on olennainen, jotta lapset oppivat liikkumaan pienestä pitäen säännöllisesti. (Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005, 3, 17, 24, 30 – 31.)

Koululaisten, 7 – 18 vuotiaiden, tulisi suositusten mukaan liikkua päivittäin vähintään tunnista kahteen tuntiin monipuolisesti ja välttää liian pitkiä istumisjaksoja (Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7 – 18 vuotiaille 2008; Terve tuki- ja liikuntaelimistö

2010, 27). Seitsemänvuotias tarvitsee liikuntaa kaksi tuntia päivässä ja lähellä aikuisuutta tarve vähenee tuntiin. Puolitoista tuntia on sopiva aika noin kaksitoistavuotiaalle. Nämä ovat minimiaikoja ja lisäliikunta ei ole pahaksi, mikäli se ei ole liian rasittavaa tai yksipuolista. Alakoululaisille ei suositella pitkäkestoista rasittavaa liikuntaa. Alakoulussa on tärkeää huomioida, että liikunta on monipuolista, hauskaa ja kehittää motorisia perustaitoja laaja-alaisesti. Päivittäinen liikunnan tarve voi kertyä vähitellen päivän mittaan pienistä paloista esimerkiksi kymmenen minuutin koulumatkasta tai välitunnin naruhyppelyistä. (Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7 – 18 vuotiaille 2008, 17, 19, 21, 27.)

Liikuntasuositusraportin mukaan liikunnalla on lapsille paljon erilaisia myönteisiä vaikutuksia. Usein käy niin, että lapsena ja nuorena liikkuva ihminen liikkuu myös aikuisena. (Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7 – 18 vuotiaille 2008, 47 – 48.)

Monipuolisen liikunnan kautta pyritään tukemaan koululaisia omaehtoisen liikuntaharrastuksen löytymiseen (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2010, 26). Liikkuessa kehittyy hermosto, lihaksisto, luut, rustot, hengitys- ja verenkiertoelimistö. Liikunnan on todettu vaikuttavan myönteisesti lasten kognitiiviseen, motoriseen, sosiaaliseen ja eettiseen kehitykseen. Liikunnan tulee olla hauskaa, jotta siihen saadaan alusta asti myönteinen asenne. Liikunnalla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia myös mielenterveyteen; ahdistuksen ja stressin tunnetta voi vähentää liikkumalla. Myös ylimääräistä energiaa tai aggressiota voi purkaa liikkumalla. (Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7 – 18 vuotiaille 2008, 57 – 64, 79.)

Tutkimusten mukaan lapsilla ja nuorilla suositusten mukainen liikkuminen ja aktiivisuus toteutuvat vaihtelevasti. 11-vuotiaista noin puolet kertoi liikkuvansa suositusten mukaisesti tunnin päivässä, mutta 15-vuotiaista suositus toteutui vain yhdellä kymmenestä. Päivittäin vähintään puoli tuntia liikuntaa harrasti peruskoulun kahdeksannen ja yhdeksannen luokan pojista 38 prosenttia ja tytöistä 34 prosenttia. Lukioikäisillä prosentti lukemat olivat pienentyneet pojilla 30 prosenttiin ja tytöillä 27 prosenttiin. Ammattioppilaitoksissa opiskelevat liikkuvat tätäkin vähemmän. Tulosten mukaan vain neljännes ammattikoululaisista liikkui suositusten mukaan. (Husu ym. 2011, 8, 27.)

6.2 Aikuisten terveysliikuntasuositukset

Aikuisten terveysliikuntasuositusten mukaan 18 – 64 vuotiaan tulisi liikkua kestävyyskuntoa kehittävästi yhteensä kaksi tuntia ja 30 minuuttia reippaasti tai tunti ja 15 minuuttia

rasittavasti viikoittain. Liikunnan tulisi jakautua vähintään kolmelle eri päivälle viikossa. Kestävyyskuntoa harjoittavaa liikuntaa tulisi harrastaa vähintään kymmenen minuutin pätkissä kerrallaan. Nämä suositukset ovat minimisuosituksia. Mikäli tavoitteena on parantaa merkittävästi kuntoa tai vähentää kroonisten sairauksien riskiä, tulisi liikuntaa olla ainakin kaksinkertainen määrä. (Haskell, Lee, Pate, Powell, Blair, Franklin, Macera, Heath, Thompson & Bauman 2007; UKK-instituutti 2011a.)

Lihaskuntoa ja liikehallintakykyä harjoittavaa toimintaa tulisi harrastaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Lihaskuntoharjoittelun tulisi sisältää 8-10 liikettä, kohdistuen eri lihasryhmiin. Harjoittelussa tulisi käyttää sellaisia painoja, että tuntee väsymistä 8-12 toiston jälkeen. Lisäksi suositellaan säännöllistä venyttelyä liikkuvuuden ylläpitämiseksi. (Haskell ym. 2007; UKK-instituutti 2011a.)

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa käy ilmi, että vuonna 2009 terveysliikuntasuosituksien mukaan liikkui vain 12 prosenttia miehistä ja 11 prosenttia naisista. Tutkimuksessa oli mukana 15 – 64 vuotiaita suomalaisia. Parhaiten suoriutui 15 – 24 vuotiaiden ryhmä. Vapaa-ajan liikuntaa kaksi kertaa viikossa vähintään puoli tuntia kerrallaan kertoi harrastavansa miehistä 66 prosenttia ja naisista 72 prosenttia. Neljään viikoittaiseen vapaa-ajan liikuntakertaan pystyi miehistä 31 prosenttia ja naisista 32 prosenttia. (Helakorpi ym. 2010, 18 – 19.)

Ikääntyneiden suositukset eroavat aikuisten suosituksista niin, että teho, jolla kestävyyskuntoa harjoitetaan saa olla pienempi. Muuten viikoittaiset määrät ja aikasuositukset aerobiselle liikunnalle ovat samat kuin aikuisilla. Lihaskunnon osalta ikääntyneiden tulisi tehdä liikkeitä sellaisilla painoilla, että he rasittuvat vain hieman 10-15 toiston aikana. Lihaskuntoharjoittelua suositellaan tehtäväksi kahtena tai kolmena päivänä viikossa, mutta ei kuitenkaan peräkkäisinä päivinä. (Nelson, Rejeski, Blair, Duncan, Judge, King, Macera & Castaneda-Sceppa 2007.)

Ikääntyneille suositellaan venyttelyä kaikille niille päiville, jolloin on harrastettu liikuntaa tai lihaskuntoharjoittelua. Venytysten tulisi kattaa kaikki suuret lihasryhmät. Ikääntyneiden tulisi tehdä myös tasapainoharjoituksia. Määrä voisi olla kolmena päivänä viikossa, mutta aiheesta ei ole juuri tutkimustuloksia. Pelkästään fyysisen aktiivisuuden on todettu vähentävän kaatumisriskiä 35 – 45 prosenttia. (Nelson ym. 2007.)

Kansallisen liikuntatutkimuksen (2010) mukaan 88 prosenttia eläkeläisistä harrasti jonkinlaista liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Yli puolet eläkeläisistä kertoi liikkuvansa neljä kertaa viikossa. (Kansallinen liikuntatutkimus 2009 – 2010 – Aikuisliikunta.) Suomalaisista eläkeläisistä neljännes liikkuu kestävyyskuntonsa kannalta riittävästi. Lihaskunnostaan sen sijaan riittävää huolta piti vain 11 prosenttia eläkeläisistä. (Husu ym. 2011, 43 – 45.)

7 NOKIAN LIIKUNTAPOLKUMALLIN TUOTTEISTAMINEN

Tuotteistaminen on sosiaali- ja terveysalalla vielä melko tuore ilmiö. Sen taustalla vaikuttavat tehokkuusajattelu ja nykyajan nopeasti muuttuva työelämä. Tuotteistamalla osaamista voidaan tehostaa palveluita, edistää laatua ja parantaa tyytyväisyyttä sosiaali- ja terveysalan palveluihin. (Jämsä & Manninen 2000, 7 – 10.) Kohderyhmä määrittää suuntaviivat tuotteen suunnittelulle, jotta lopullinen tuote olisi mahdollisimman sopiva käyttötarkoitukseensa (Vilkka & Airaksinen 2003, 38).

Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja siinä pyritään raportoinnin lisäksi luomaan toimintamalli, tapahtuma tai tuotos, jota voidaan hyödyntää käytännössä.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä voidaan hyödyntää tuotteistamisprosessia ja edetä tuotteistamisen vaiheiden mukaan. Tärkeää on, että työ on toteutettu tutkimuksellisella asenteella. (Vilkka ym. 2003, 9 – 10.) Jämsän ym. (2000) tuotteistamisen mallissa on viisi vaihetta. Tuotekehitys lähtee liikkeelle ongelman tai kehittämistarpeen tunnistamisesta, jota seuraa ideavaihe. Seuraava vaihe on tuotteen luonnosteluvaihe, josta siirrytään kehittelyvaiheeseen ja lopulta valmiin tuotteen viimeistelyyn. (Jämsä ym. 2000, 28.)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena. Lähtökohtana on ollut toimeksiantajan halu kehittää kahden palveluntarjoajan yhteistyötä ja saada malli liikuntapolusta. Kohderyhmänä ovat Nokian terveyskeskuksen ja liikuntatoimen henkilökunnat. Koska toiminnallisen opinnäytetyön luonteen mukaan tuotteen tulisi olla jotain uutta, on tätä työtä tehdessä keskitytty siihen, mikä toimintamalli olisi sopiva ja haluttu juuri Nokialle. Teorian mukaan tutkimuksellisuus kuuluu toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Eri menetelmiä voi käyttää sen mukaan, mitkä sopivat parhaiten. (Vilkka ym. 2003, 10.) Tässä työssä tutkimuksellisuus näkyy raportoinnissa ja käytettyinä menetelminä.

7.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Kehittämistarpeen tunnistaminen voi alkaa halusta kehittää palvelua paremmaksi. Halu voi olla lähtöisin esimerkiksi arvioinnin tai asiakaskyselyn pohjalta. (Jämsä ym. 2000, 29.)

Tuotekehittelynä voidaan vanhan tuotteen tai palvelun lisäksi lähteä toteuttamaan täysin uutta tuotetta (Raatikainen 2008, 60). Nokian kaupungin pitkäntähtäimen strategiassa painotetaan terveyden ja hyvinvoinnin merkitystä ja ennaltaehkäisyä tärkeyttä tavoitteiden saavuttamisessa. Tärkeänä osana pidetään moniammatillisen yhteistyön hyödyntämistä

entistä laajemmassa mittakaavassa tarjoamalla laadukkaita ja helposti saavutettavia palveluita. (Nokian kaupunki 2014b.)

Nokialla vuonna 2014 tavoitteena on kehittää liikuntapalveluita yhteistyössä muiden palvelukeskusten, kolmannen sektorin ja muiden toimijoiden kanssa. Liikkumattomien asukkaiden passiivisuutta ehkäistään monipuolisilla ohjaus- ja neuvontapalveluilla. Aikuisten liikunta-aktiivisuutta ja terveyttä edistävää liikuntaa kehitetään yhteistyössä terveyskeskuksen kanssa. Taustalla on ollut muun muassa tarve fysioterapiaryhmien jälkeisille jatkoryhmille sekä tuen ja tiedon antaminen asiakkaille, jotka sitä sairautensa tai vaivojensa takia tarvitsevat. (Nokian kaupunki 2014b.)

Ehdotus opinnäytetyön aiheesta saatiin Nokian kaupungin liikuntatoimelta marraskuussa 2012. Aihe on ajankohtainen, sillä liikuntatoimen taloussuunnitelmaan vuosille 2014 – 2016 on kirjattu liikunta- ja terveystalouden toimintakäytäntöjen vakiinnuttaminen. Yhtenä laajana osa-alueena tämän onnistumiseen on kirjattu liikuntaneuvonta- ja ohjauspalvelut, joiden avulla voidaan edistää terveyttä. (Nokian kaupunki 2014b).

7.2 Ideavaihe

Ideavaiheessa kehittämistarve on tunnistettu ja ideointi alkaa (Jämsä ym. 2000, 35). Ideointia toteutettiin yhteistyössä toimeksiantajan sekä terveyskeskuksesta nimetyn yhteyshenkilön kanssa. 5.2.2013 pidettiin palaveri opinnäytetyön tavoitteista toimeksiantajan kanssa (KUVIO 1). Tavoitteeksi kirjattiin liikuntapolkumallin luominen Nokialle. Toimeksiantajan puolelta saatiin vapaat kädet suunnitella ja ideoida opinnäytetyön toteutusta. Samassa yhteydessä täytettiin toimeksiantosopimus (LIITE 1). Myös opinnäytetyön ohjaajan kanssa käytiin keskustelua työn lähestymistapojen vaihtoehtoista. Teoriapohjan kirjoittaminen aloitettiin kevättalvella ja suunnitelmaseminaari pidettiin ideavaiheen aikana maaliskuussa 2013 (KUVIO 1).

Teorian mukaan ideavaiheessa ratkaisuja etsitään palautetta tai aloitteita keräämällä ja vertaamalla aiempia toimintatapoja saman aiheen parissa (Jämsä ym. 2000, 34, 37).

Huomioon tulee ottaa, mitä loppukäyttäjärühmä haluaa ja onko yrityksellä tuotteelle kysyntää (Raatikainen 2008, 66 – 67). Tässä työssä aiempia liikuntapolku ja -liikuntareseptihankkeita kartoitettiin, jotta käsitys siitä, mitä ne voivat pitää sisällään, laajentuisi. Löytyneiden hankkeiden ja alustavan ideoinnin pohjalta keskityttiin kartoittamaan olemassa olevia

liikuntapolkumalleja sekä niiden käyttökokemuksia lähettävältä taholta sekä liikuntaneuvojilta. Kartoituksen avulla oli tarkoitus löytää toimivia käytäntöjä suunniteltuun Nokian malliin. Suunnitelmaseminaarin jälkeen tutkimuslupia anottiin kokemusten keräämistä varten (KUVIO 1). Nokian terveystieteiden tutkimuskeskuksesta tutkimuslupa tarvittiin yhteistyön tekemistä varten. Tutkimusluvut myönnettiin toukokuussa (LIITE 2; LIITE 3).

7.3 Tiedonhaku

Opinnäytetyötä varten lähteitä haettiin eri tietokannoista. Hakutuloksia saatiin Pedrosta, Pubmedistä, Medicistä sekä Cochrane librarysta. Tiedonhakuun käytettiin myös kirjastoiden hakupalveluita sekä Googlea. Hakusanoina käytettiin muun muassa seuraavia sanoja: liikuntaneuvonta, liikuntaresepti, liikuntapolku, terveyden edistäminen, moniammatillisuus, health promotion, physical activity prescription, physical activity counseling, health-promoting physical activity, multiprofessionalism, exercise, physical activity, physical endurance, preventive health services, randomized controlled trial, meta-analysis sekä review literature. Hakuja tehtiin sanojen eri yhdistelmillä. Lähteissä kielenä on suomi tai englanti. Lisäksi mukaan otettiin yksi norjankielinen lähde. Mukaan pyrittiin ottamaan vain alkuperäisiä lähteitä.

Opinnäytetöitä Theseus -arkistosta löytyi hakusanoilla: liikuntapolku 24, liikuntaresepti 23 ja liikuntaneuvonta 227 kappaletta. Kaikilla kolmella sanalla hakiessa ei löytynyt yhtään opinnäytetyötä. Yhdistelmillä liikuntapolku ja -neuvonta löytyi kolme työtä sekä liikuntaresepti ja -neuvonta 10 työtä. Sanoilla liikuntapolku ja -resepti ei löytynyt yhtään opinnäytetyötä.

Ajallisesti haetut teokset rajattiin aikaisintaan vuonna 2002 julkaistuihin. Uusimmat lähteet ovat vuodelta 2014. Poikkeuksena tähän aikaväliin oli Jämsän ja Mannisen Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Kyseisestä teoksesta ei ole uudempaa painosta saatavilla ja teos soveltui erittäin hyvin tämän työn lähteeksi. Kyseessä kun on nimenomaan tuotteistamisprosessi sosiaali- ja terveysalalla.

7.4 Luonnosteluvaihe

Luonnosteluvaihe alkaa, kun on päätetty, millainen tuote aiotaan toteuttaa.

Luonnosteluvaiheelle on Raatikaisen (2008) mukaan ominaista käytännönläheisyys

(Raatikainen 2008, 62). Vaiheeseen kuuluu analysointi eri näkökulmista ja tekijöistä, joiden pohjalta tuote syntyy. Teorian mukaan asiakasprofiilin selvittäminen on tärkeää palvelua luonnosteltaessa. (Jämsä ym. 2000, 43.) Tässä opinnäytetyössä on tutustuttu mahdollisiin liikuntapolkua työvälineenä käyttäviin henkilöihin ja heidän toiveisiinsa ideariihessä. Teoriassa myös tulevan liikuntapolun käyttäjien toiveet pitäisi ottaa huomioon suunnittelussa (Jämsä ym. 2000, 43 – 44). Tämän opinnäytetyön puitteissa toteuttaminen päätettiin rajata liikuntatoimen ja terveyskeskuksen henkilökuntaan, koska nämä työntekijät tulevat työssään myös polkua hyödyntämään.

Palveluntuottajien toiminnan analysointi on eräs osavaihe tuotteistamisessa (Jämsä ym. 2000, 44 – 45). Tässä työssä asiakkaat saavat välillisesti hyödyn työntekijöiden kautta. Työntekijät palvelun tuottajina ovat esittäneet toiveitaan toteutettujen ideariihien lisäksi sähköpostitse ja tapaamisten aikana. Lisäksi työntekijöiden avulla on kartoitettu olemassa olevia toimintamalleja. Myös toimintaympäristöön tutustuminen on ajoittunut tapaamisiin. Lisäksi toiselle opinnäytetyön tekijälle liikuntapalveluiden toimintaympäristö ja toimintatavat ovat ennestään tuttuja työn kautta. Tuotteen asiasisällön selvittäminen ja rajaaminen on oleellista (Jämsä ym. 2000, 47). Tässä työssä se on tehty haastatteluiden ja ideariihien yhteydessä. Liikuntareseptin käyttöönotto Nokialla on ilmoitettu kaupungin tämän vuoden budjetissa (Nokian kaupunki 2014b). Tämän opinnäytetyön aikana tehdään kartoitusta siitä, mitä liikuntareseptin ympärille muodostuva polku voisi sisältää. Opinnäytetyön tuote tulee olemaan liikuntapolkumalli kaavion muodossa toimeksiantajan toiveesta. Lopulliseen alkavaan käytäntöön vaikuttavat tulosten lisäksi tietysti kunnan resurssit eli raha ja käytettävissä olevan henkilökunnan määrä. Terveyskeskuksen ja liikuntatoimen organisaatioiden päätettäväksi jäävät tarkat linjaukset ja lopullinen laajuus. Sidosryhmänä toimeksiantajan kanssa toimii terveydenhuolto, ja kunta on myöntänyt rahoituksen liikuntareseptin käyttöönotolle. Teorian mukaan sidosryhmien kuuleminen on tärkeää. Hyödyntämällä moniammatillisuutta voidaan tuotteesta saada laadukkaampi ja käyttökelpoisempi. (Jämsä ym. 2000, 48 – 51.) Tuotteen tai palvelun kehittely on monivaiheista ja kasaantuu kokonaisuudeksi kuin kerrokset sipulissa (Raatikainen 2008, 69 – 70).

7.4.1 Laadullinen tutkimus, teemahaastattelu ja tulokset

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kerätään todellisissa tilanteissa haastatellen, kysellen tai havainnoiden (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2008, 164).

Laadullinen tutkimus ei yleensä pohjautu hypoteesiin eli olettamukseen. Tutkimustehtävä voi muuttua tutkimuksen edetessä. Tutkija yrittää ymmärtää haastateltavan henkilön näkökulmaa, mutta omia ennakkokäsityksiä ei tarvitse rajata täysin pois, vaan niitä on mahdollista hyödyntää tutkimuksessa. (Alasuutari 2011, 40 – 41; Tuomi & Sarajärvi 2012, 68 – 69, 73.)

Laadulliseen menetelmään päädyttiin, koska etsimämme tieto perustui kokemuksiin ja ajatuksiin, joita liikuntapolku on herättänyt. Koska opinnäytetyössä pääpaino on liikuntapolkumallin suunnittelussa ja tiedonkeruussa Nokialta suunnitelmaa varten, määrällinen tutkimusote olisi ollut tähän vaiheeseen liian työläs opinnäytetyön resurssien puitteissa. Myös mahdollinen pieni otanta haastateltavista henkilöistä puhui laadullisen lähestymistavan puolesta, koska siinä otanta saa olla melko pieni. Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavat henkilöt valitaan harkinnanvaraisesti aiheesta riippuen. Pienen otannan vuoksi saatu aineisto tutkitaan perusteellisesti ja sen laatua arvioidaan tuloksissa. Aineiston määrän tulee olla suhteessa siihen, millaista analyysiä ja johtopäätöksiä sen pohjalta on tarkoitus tehdä. (Tuomi ym. 2012, 69 – 70, 73 – 74.) Toiminnallisessa opinnäytetyössä laadullisesti kerättyä aineistoa ei ole pakko analysoida minkään mallin mukaan, vaan sitä voidaan käyttää parhaalla katsotulla tavalla syventämään jo tiedossa olevaa teorial tietoa (Vilkka ym. 2003, 57 – 58). Näin tehtiin myös tässä työssä.

Teemahaastattelu eli puolistrukturoituhaastattelu on avoin haastattelutilanne, jonka avulla voidaan tutkia ilmiöitä ja saada vastauksia erilaisiin ongelmiin. Sitä voidaan käyttää silloin, kun ei etukäteen tiedetä, millaisia vastauksia tullaan saamaan. (Tuomi ym. 2012, 75 – 77; Vilkka ym. 2003, 63.) Teemahaastattelussa ei kysymyksillä tarvitse olla tarkkaa järjestystä tai muotoa (Hirsijärvi ym. 2008, 208). Tämän vaiheen menetelmäksi teemahaastattelu sopii erinomaisesti avoimen rakenteensa ja vuorovaikutusmahdollisuuksiensa vuoksi. Etukäteen ei ollut tietoa siitä, millaisia vastauksia saataisiin, koska saadut vastaukset perustuivat haastateltavien kokemukseen ja näkemykseen. Teemahaastattelu on mahdollista toteuttaa joko puhelinhaastatteluna tai kasvotusten (Vilkka ym. 2003, 63). Vastaajiksi haluttiin sekä lähettäjiä että liikuntaneuvojia, jotta saataisiin näkemyksiä ja mielipiteitä molemmista suunnista polkua.

Teemahaastattelu etenee tiettyjen etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkempien kysymysten kautta. Haastateltavilla henkilöillä on usein kokemuksia samasta aiheesta. (Tuomi ym. 2012, 75 – 77; Vilka ym. 2003, 63.) Vastaajiksi saatiin neljä liikuntareseptiä työssään käyttävää fysioterapeuttia ja kaksi liikuntaneuvontaa antavaa liikunnanohjaajaa. Kuudesta haastattelusta kaksi toteutettiin tapaamisina siten, että molemmat haastattelijat olivat paikalla. Kumpikin haastattelijasta toteutti yhden haastattelun yksin tapaamisessa haastateltavan kanssa. Kaksi haastattelua toteutettiin puhelimitse. Toisessa mukana olivat molemmat ja toisessa vain toinen haastattelijasta. Toteutustavan vuoksi etukäteen mietityt teemat olivat ehdottoman tärkeitä. Tukena haastattelussa käytettiin kyselylomaketta (LIITE 4). Haastattelut etenivät keskusteluina ja kysymysjärjestys vaihteli eri haastateltavien kohdalla. Haastatteluja ei nauhoitettu, sillä tarvittava tieto saatiin kirjattua selkeästi kyselylomakkeeseen puheluiden aikana.

Teemahaastattelun tulokset voidaan teorian mukaan tulkita monin eri tavoin. Laadullisen lähestymisen lisäksi tuloksista on mahdollista tehdä tilastollinen analyysi määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimusotteen mukaan. (Hirsjärvi ym. 2008, 208 – 209.) Vilkan ym. (2003) mukaan aineiston kerääminen haastattelemalla asiantuntijoita lisää saadun tiedon syvyyttä (Vilka ym. 2003, 58). Tässä työssä tulokset kirjoitettiin haastattelun aikana käsin kyselylomakkeeseen ja mahdollisimman pian haastattelun jälkeen puhtaaksi tietokoneella. Haastattelijat myös refleктоivat tuloksia jokaisen haastattelun jälkeen yhdessä. Tuloksia oli sen verran vähäinen määrä, että ne ryhmiteltiin aiheittain ja niitä vertailtiin toisiinsa. Lopuksi tulosten pohjalta kirjoitettiin yhteenveto ja suoria lainauksia valittiin raporttiin.

Haastattelut aiemmista liikuntapolkumalleista ja niiden käytöstä ajoittuivat touko- ja kesäkuulle 2013 (KUVIO 1). Liikuntapolusta ja sen käytöstä on olemassa kokemusta joissakin Suomen kaupungeissa ja kunnissa. Kunnat, joista tietoja kerättiin, ovat eri vaiheissa liikuntapolun käyttämisessä. Osassa kunnista liikuntapolkua on hyödynnetty jo vuosia, kun taas eräissä ollaan vasta aloittelemassa liikuntapolun laajempaa käyttöä. Toimintamallit eri kunnissa ovat samansuuntaisia. Eroja on lähinnä lähettämisen kriteereissä ja mallin laajuudessa. Haastatteluihin viitataan tekstissä haastatellun henkilön ammattinimellä ja numerolla, jotta käy ilmi onko kyseessä lähettäjä vai liikuntaneuvoja.

Haastatelluilta henkilöiltä kysyttiin kokemuksia heillä käytössä olevasta liikuntapolusta ja sen käytännöistä. Haastatteluissa haluttiin saada tietoa liikuntapolkutoiminnan työllistävyydestä, toimintaan osallistuvista ammattiryhmistä sekä liikuntaneuvontaan lähettämisen kriteereistä.

Haastatelluilta tiedusteltiin, minne ja millä keinoin asiakkaita lähetetään. He kertoivat, miten asiakkaat sijoittuvat liikuntapalveluihin neuvonnan jälkeen ja aloitettiin uusia ryhmiä tai muuta toimintaa liittyen liikuntapolkuun. Tärkeää oli myös kuulla, miten tiedonkulku on sujunut eri toimijoiden välillä. Lisäksi kysyttiin, millaista asiakaspalautetta on saatu sekä haastateltujen kommentteja ja kehitysideoita.

Liikuntaneuvontaan lähetettävät voivat olla kaiken ikäisiä. Eräessä kunnassa liikuntapolun käyttöönotto aloitettiin kakkostyypin diabeetikoista ja laajennettiin myöhemmin avoimeksi kaikille, jotka hyötyvät liikunnan lisäämisestä (Fysioterapeutti 4). Toisessa kunnassa taas kriteereitä ei ole rajattu, vaan asiakkaita lähetetään lähettäjän harkinnan mukaan (Fysioterapeutti 2). Eräessä kunnassa maahanmuuttajat ovat kasvava asiakasryhmä (Fysioterapeutti 4). Lähettäjinä toimivat eri terveydenhuollon ammattiryhmät, esimerkiksi lääkärit, fysioterapeutit, terveyden-, diabetes-, reuma- ja astmahoitajat, kouluterveydenhuolto, työterveyshuolto sekä sosiaalitoimi (Liikuntaneuvoja 1; Liikuntaneuvoja 2). Lähettäminen tapahtuu sähköisesti Liikun-lehden avulla (Fysioterapeutti 3; Liikuntaneuvoja 2) tai paperilähetteellä (Liikuntaneuvoja 1).

Useassa kunnassa liikuntaneuvonta on keskitetty yhdelle tai kahdelle liikunnanohjaajalle. Liikuntaneuvojalla saattaa olla myös toinen, esimerkiksi kuntohoitajan tutkinto tai hän on muuten lisäkouluttautunut tehtävään. Asiakasmäärät ovat olleet resurssien puitteissa pääasiassa hyviä. (Fysioterapeutti 4; Liikuntaneuvoja 2.) Joissakin paikoissa asiakkaat ovat joutuneet jonottamaan saadakseen ajan, mutta aikoja ei ole juurikaan jäänyt käyttämättä (Liikuntaneuvoja 1).

Liikuntapolku voi pitää sisällään liikuntaneuvontaa, ravitsemusneuvontaa, yksilöohjausta ja motivointia sekä seuranta. Henkilökohtaista liikuntaneuvontaa on tarkastelluissa kunnissa tarjolla kahdesta kuuteen kertaan (Liikuntaneuvoja 1; Liikuntaneuvoja 2). Joissain kunnissa on seurantakerta vuoden kuluttua ensi käynnistä (Liikuntaneuvoja 1; Fysioterapeutti 4). Liikuntaneuvoja kirjaa käynnit Liikun-lehdelle, jolloin muillakin hoitavilla tahoilla on mahdollisuus päästä käsiksi tietoihin (Fysioterapeutti 1; Liikuntaneuvoja 1; Liikuntaneuvoja 2). Kokemusten mukaan liikuntapolku työllistää liikuntaneuvoja liikuntatoimessa, mutta ei ole lähettävälle taholle työlästä. Erään liikkumisreseptin määränneen ammattihenkilön mukaan se on ”hyvä lisä työvälineeksi” (Fysioterapeutti 3).

Liikuntaneuvontaan tulevista asiakkaista suurin osa siirtyy ohjattuihin liikuntaryhmiin. Joissain kunnissa on perustettu matalan kynnyksen ryhmiä, joissa asiakkaat voivat totutella ryhmäliikuntaan muiden samassa tilanteessa olevien kanssa (Liikuntaneuvoja 1; Liikuntaneuvoja 2; Fysioterapeutti 4). Asiakasryhminä näissä ovat olleet esimerkiksi syrjäytymisvaarassa olevat nuoret ja selkävaivoista kärsivät. Eräs liikunnanohjaaja kertoi pitävänsä ”saattoryhmää” enemmän henkilökohtaista tukea tarvitseville asiakkaille, ennen kuin he siirtyvät eteenpäin avoimiin ryhmiin (Liikuntaneuvoja 2). Liikkumisen lisäämiselle voidaan laatia myös konkreettisia tavoitteita, kuten esimerkiksi verensokeriarvojen parantaminen, laihduttaminen tai lihasvoiman lisääminen. Jossain kunnassa mitattavissa olevista arvoista pidettiin kirjaa asiakkaan motivoimiseksi (Fysioterapeutti 4).

Palaute liikuntapolusta on ollut pääasiassa positiivista sekä asiakkaiden että työntekijöiden puolelta. Eräs liikuntaneuvoja sanoi, että heidän kunnassaan ”asiakkaat tulevat neuvontaan kuin lottovoiton saaneina” (Liikuntaneuvoja 1). Tämä kertoo hänen mukaan myös lähettävän tahon motivoitumisesta ja innostuksesta yhteistyöhön. Erään haastatellun mukaan polku on ”hyvä reitti niille, jotka tarvitsevat tukea liikunnan aloittamiseen” (Fysioterapeutti 1). Asiakkaat kokevat maksuttoman palvelun hyvänä. Erään haastatellun mukaan asiakas oli ollut hyvin hämmästynyt juuri palvelun maksuttomuudesta (Liikuntaneuvoja 1).

Haastatteluissa kävi ilmi, että varsinkin liikuntapolun käynnistysvaiheessa riittävä tiedottaminen lähettävän tahon suuntaan koettiin tärkeäksi. Eräs lähettäjä koki, ”ettei aluksi osannut hyödyntää palvelua, kun oli epävarma käytännöistä” (Fysioterapeutti 2). Toisen mukaan ”pieni perehdytys riittää alkuun pääsemiseen” (Fysioterapeutti 3).

Alkuperehdytyksen ja käyttöönoton jälkeen olisi hyvä pitää tilaisuus, jossa olisi mahdollista kysyä käytännössä esiin nousseita asioita. Yksi esiin tullut ongelma oli erään liikuntaneuvojan mukaan ”tilojen puute, kun ei ole omaa työhuonetta” (Liikuntaneuvoja 2). Eräs liikuntaneuvoja oli kokenut vaikeaksi moniongelmaisten asiakkaiden motivoimisen. Etenkin moniongelmaisten kohdalla olisikin tärkeää, että eri tahot tekevät tiiviisti yhteistyötä. (Liikuntaneuvoja 1.)

7.4.2 Learning cafe -menetelmä ja tulokset

Nokialla järjestettiin liikuntatoimen ja terveyskeskuksen henkilökunnalle infotilaisuudet opinnäytetyöhön liittyen. Infotilaisuuksissa kerrottiin muiden kuntien liikkumislähetekäytännöistä ja kokemuksista. Nokian kaupungin liikuntatoimelle

infotilaisuus pidettiin 26.6.2013 (KUVIO 1). Osallistujia oli seitsemän. Heti infotilaisuuden jälkeen toteutettiin idearihi Learning cafe -menetelmällä. Siellä liikunnanohjaajat saivat esittää toiveitaan ja ideoida toimivaa liikuntapolkumallia Nokialle. 15.8.2013 pidettiin infotilaisuus Nokian terveystieteiden henkilökunnalle (KUVIO 1). Tilaisuuteen osallistui yli 25 henkilöä. Paikalle saatiin koko kuntoutuksen henkilöstö ja noin 15 lääkärinä sekä hoitajien edustajia eri osastoilta. Lisäksi paikalla olivat Nokian kaupungin peruspalvelujohtaja sekä liikuntakoordinaattori. Idearihi Learning cafe -menetelmällä pidettiin terveystieteiden keskuksessa 28.8.2013 (KUVIO 1). Terveystieteiden idearihiin osallistui 16 henkilöä. Aikataulullisista syistä ja pitkän välimatkan vuoksi toinen opinnäytetyöntekijöistä piti liikuntatoimen tilaisuudet ja toinen terveystieteiden infotilaisuuden yksin. Terveystieteiden ideariihessä mukana olivat molemmat tekijät.

Learning cafe eli oppimiskahvila -menetelmä on tapa, jolla voidaan ideoida ennaltapäätettyjä teemoja yhdessä keskustellen. Se sopii ryhmille, joissa on yleensä vähintään 12 henkilöä. (Learning cafe 2012.) Liikuntatoimen tilaisuudessa osallistujia oli seitsemän. Terveystieteiden keskuksessa idearihiin osallistui 16 työntekijää: lääkäreitä, fysioterapeutteja, diabeteshoitajia ja terveydenhoitajia. Teorian mukaan tärkeintä menetelmässä on keskustelu, joka toteutetaan yhtä monessa pöydässä kuin teemoja on (Learning cafe 2012). Liikuntatoimen idearihiin teemoja oli valittu kolme. Vaikka henkilökuntaa oli paikalla vain seitsemän, toteutettiin idearihi kolmen pöydän ääressä Learning cafe -menetelmän teorian mukaisesti. Terveystieteiden keskuksessa Learning cafen teemoja oli neljä, samoin kuin pöytiäkin.

Teorian mukaan jokaisessa pöydässä on noin 3 – 6 henkilöä, jotka valitsevat keskuudestaan puheenjohtajan eli emännän tai isännän. Hän pysyy koko ajan samassa pöydässä ja kirjaa ylös keskustelussa nousseita asioita. Keskustelun jälkeen muut vaihtavat pöytää, jossa taas keskustelu jatkuu puheenjohtajan johdolla siitä, mihin edellinen ryhmä on päässyt. Näin kierretään läpi kaikki teemat ja lopussa pöydän puheenjohtajat käyvät yhteisesti läpi pöydässä esiin nousseet asiat. Keskustelussa on toivottavaa, että jokaisen kanta tulee kuulluksi. Eri mieltä saa olla, mutta tavoitteena on päästä yhteiseen lopputulokseen. Tulokset voidaan käydä lopuksi yhdessä läpi. (Learning cafe 2012.) Molemmat idearihit toteutettiin tämän osalta teorian mukaisesti. Kaikki työntekijät uskalsivat osallistua keskusteluun ja kaikkien mielipiteet huomioitiin.

Liikuntatoimen henkilöstöltä kysyttiin ideariihessä ensimmäiseksi, millaisia palveluita hyvä ja toimiva liikuntapolku voisi pitää sisällään. Toimivan liikuntapolun pohjana

peräänkuulutettiin moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä liikuntatoimen ja terveyskeskuksen välillä. Toimivan liikuntapolun ajateltiin olevan käytännönläheinen konsepti, jossa asiakkaalle tarjotaan mahdollisuutta osallistua yksilölliseen liikuntaneuvontaan ja sitä kautta ohjattuihin terveys- tai erityisliikuntaryhmiin. Liikuntatarjonnan tulisi olla monipuolinen ja helposti saavutettava. Koettiin, että monelle ennestään liikkumattomalle ryhmäliikuntaan haluavalle asiakkaalle voisi olla helpompaa aloittaa harjoittelu tutun liikuntaneuvojan pitämässä ryhmässä. Tärkeänä pidettiin, että asiakas pääsisi liikuntaneuvontaan vaivattomasti ja mahdollisimman nopeasti. Riittävää markkinointia pidettiin tärkeänä, jotta liikuntapolkutoiminta tulisi mahdollisimman laajasti sekä työntekijöiden että asukkaiden tietoisuuteen.

Toisena kysymyksenä selvitettiin, mitkä olisivat liikuntaneuvontaan lähettämisen kriteereitä. Liikuntatoimen henkilökunnan mielestä lähettämisen kriteerejä tulisi olla useita. Tärkeimmiksi kriteereistä nousivat ylipaino, tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet, verenpaine, 2-typin diabetes, vähäinen liikkuminen tai liikkumattomuus, passiivinen elämäntapa ja masentuneisuus sekä syrjäytymisen uhka. Tupakan ja päihteiden käyttö sekä elämänhallinnan ongelmat koettiin nuorten ja työikäisten kohdalla haasteeksi. Ikäihmisten hoidossa painotettiin toimintakyvyn ylläpitämisen tärkeyttä. Alentunut lihaskunto, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, korkea verenpaine sekä muistisairaudet koettiin olennaisiksi lähettämisen kriteereiksi ikäihmisillä.

Kolmantena kysymyksenä oli, miten eri ikäryhmät otettaisiin paremmin huomioon liikuntapalveluita suunniteltaessa. Liikuntatoimen henkilöstön ideoinnissa todettiin, että liikuntatarjonnan tulisi olla monipuolista, jokaiselle jotakin -ajattelutavan mukaista. Liikuntaneuvontaa ja seurantaa järjestettäisiin kaikille ikäryhmille. Lasten ja nuorten kohdalla otettaisiin vanhemmat mukaan neuvontaan. Lasten ja nuorten liikuntapalveluissa korostettiin lähiliikunnan merkitystä sekä liikuntapalveluiden että kolmannen sektorin yhteistyön tärkeyttä. Työikäisille ja ikäihmisille tulisi tarjonnan olla monipuolista. Ohjatun liikunnan lisäksi tulisi huomioida lähiliikuntapaikkojen, luontopolkujen ja lenkkireittien opasteiden selkeys ja saatavuus, jotta aktiivinen omaehtoinen liikkuminen olisi mahdollisimman helppoa.

Fysioterapiakuntoutujien ja kuntoutusjakson päättäneiden kohdalla huomioitiin liikuntapaikkojen esteettömyyden tärkeys. Liikuntapalveluita mietittäessä nousi esiin tietyille kohderyhmälle kohdennetun liikunnan järjestäminen, kuten niska-, selkä- ja

matalankynnyksen ryhmät. Kuntoutusjakson päättänyt asiakas voitaisiin ohjata liikuntaryhmiin liikuntaneuvonnan kautta. Tärkeää olisi tiedottaa asiakasta juuri hänelle sopivista turvallisista liikuntamuodoista.

Terveyskeskuksen henkilökunnan ideariihessä esitettiin neljä kysymystä. Ensimmäinen niistä oli, mitä hyötyä liikuntapolusta ajateltiin olevan. Kuntoutuksen henkilökunta mietti mahdollisuutta siirtää fysioterapiaryhmissä pitkään olleita eteenpäin. Liikuntapolun avulla olisi mahdollista ohjata asiakas, joka ei ennen kuntoutusta ole harrastanut liikuntaa, eteenpäin niin, ettei hän jää yksin tai tyhjän päälle. Tällaisten asiakkaiden kohdalla myös nähtiin tärkeänä, että olisi olemassa niin sanottuja matalan kynnyksen ryhmiä tai ryhmiä erikseen tietyn ongelman kanssa painiville, esimerkiksi ylipainoisille. Asiakkaiden kannalta liikuntapolku koettiin hyvänä motivointikeinona. Toimiva malli selkiyttäisi myös koko henkilökunnan toimintaa, kun olisi olemassa väylä kaikille sitä tarvitseville. Kaupungin tasolla tärkeäksi koettiin liikuntapolun kautta tulevat ennaltaehkäisevät vaikutukset väestön terveyteen. Myös maahanmuuttajien mukaan ottamista pidettiin tärkeänä kotouttamisen kannalta. Kysymyksiä herättivät seuranta ja käytännönjärjestelyt eri ammattiryhmien yhteistyöhön liittyen. Esimerkkinä ajateltiin, että jonkinlainen kontrollikäynti voisi olla hyvä ratkaisu.

Toisena kysymyksenä selvitettiin, mitä palveluita liikuntapolku Nokialla voisi sisältää. Vastausten mukaan tärkeänä pidettiin liikunta- ja ravitsemusneuvontaa sekä ryhmäliikuntaa. Esimerkkeinä mietittiin aloitettavaksi teemaryhmiä tai matalan kynnyksen ryhmiä, lajikokeilumahdollisuuksia, teemapäiviä, tietoiskuja sekä esittelyitä. Erityisenä ryhmänä huomioitiin metaboliseen oireyhtymään sairastuneet tai riskiryhmäläiset, jotka henkilökunnan mukaan tarvitsisivat omia ryhmiä. Nuorten liikunnan lisäämistä toivottiin myös esimerkiksi lisäämällä sählyvuoroja. Tiedon kulkua eri ammattiryhmien välillä pidettiin oleellisena ja siihen liittyen liikuntatoimen ja terveyskeskuksen henkilökunnalle ajateltiin yhteisiä kokouksia. Liikuntaneuvonnassa käyneille toivottiin seuranta ja sitä kautta palautteen antamista myös lähettävälle taholle sekä mahdollista yhteistyötä koulujen liikuntakasvatuksen kanssa. Tiedon saatavuutta pitäisi parantaa myös asiakkaiden suuntaan esimerkiksi internetin välityksellä.

Kolmantena kysymyksenä keskusteltiin siitä, ketkä voisivat toimia lähettävinä tahoina. Lähettäjäiksi lueteltiin lääkärit, terveydehoitajat, sairaanhoitajat, diabeteshoitajat, fysioterapeutit, kuntohoitajat, kouluterveydenhuolto, sosiaalitoimi, psykologi,

mielenterveystoimi sekä liikunnanohjaajat eli oikeastaan kaikki perusturvan terveydenhuollon ammattihenkilöt. Tärkeänä koettiin myös, että asiakkaalla olisi halutessaan mahdollisuus hakeutua itse liikuntaneuvontaan. Keskustelua herätti, kuka liikuntaneuvojana voisi toimia. Liikuntaneuvontaa antavalla henkilöllä pitäisi olla lisäkoulutusta liikunnanohjaajan koulutuksen lisäksi. Liikuntatoimeen olisi teoriassa mahdollista palkata esimerkiksi fysioterapeutti hoitamaan liikuntaneuvojan tehtäviä erityistä huomiota tarvitsevien asiakkaiden osalta.

Neljäntenä kysymyksenä oli, keitä lähetettäisiin liikuntareseptillä neuvonnan pariin. Keskustelun mukaan liikuntareseptillä lähetettäviä ryhmiä voisivat erityisesti olla metaboliseen oireyhtymään sairastuneet tai riskiryhmään kuuluvat, vakaassa tilassa olevat sydänpotilaat ja lievestä tuki- ja liikuntaelimistön ongelmista kärsivät henkilöt, jotka eivät tarvitse fysioterapiaa. Yksi suuri ryhmä, joka jää pitkiksi ajoiksi fysioterapiaryhmiin, ovat neurologiset kuntoutujat. Etenkin hyväkuntoisia neurologisesti oireilevia potilaita voisi lähettää liikuntaneuvojan kautta liikuntatoimen ryhmiin kuntoutusjaksojen väleissä. Keskustelussa huomioitiin myös lievestä mielenterveysongelmista kärsivät ja toimintakykyryhmän jälkeen jatkoa tarvitsevat asiakkaat. Keskustelijat nostivat esiin tarpeen miesten omista ryhmistä, koska etenkin nuoret miehet eivät lähde mukaan naisvoittoisiin ryhmiin.

7.5 Tuotteen kehittäminen

Teorian mukaan tuotteen kehittämisessä huomioidaan aiemmin valitut ratkaisuvaihtoehdot, rajaukset ja periaatteet. Hahmottelun apuna voidaan käyttää mallipiirrosta tai luonnosta, joka voi olla esimerkiksi jäsennelty asiasisällön mukaan. (Jämsä 2000, 54.) Learning cafe -menetelmällä saatu aineisto aukikirjoitettiin tekstiksi raporttiin. Aineiston käsittelyssä käytettiin teoriassa suositeltuja kaavioita ja mielikuvakarttoja apuna hahmottamaan keskeistä sisältöä (Jämsä 2000, 54 – 55). Keskusteluiden keskeiset asiat huomioitiin lopullisen liikuntapolkumallin toteutuksessa. Lisäksi toimeksiantajan toive kaavion muodossa olevasta liikuntapolkumallista toteutettiin. Tuotteen kehittelyyn liittyy myös päätös siitä, missä muodossa tuote julkaistaan (Jämsä 2000, 57). Opinnäytetyön tuotos tullaan julkaisemaan sähköisessä muodossa kaaviona.

Liikuntapolkumallia työstettiin usean eri taulukkovaiheen kautta. Viimeisin liikuntapolkumallin ehdotus lähetettiin liikuntatoimen henkilökunnan jäsenten lisäksi

terveyskeskuksen yhteyshenkilölle sekä fysioterapiaosaston osastonhoitajalle. Sitä myös näytettiin opinnäytetyön tekijöiden lähipiirille ja opponenteille. Eri henkilöiltä saadun palautteen avulla liikuntapolkumalli viimeisteltiin.

7.6 Tuotteen viimeistely

Palautetta ja arviointia tarvitaan tuotekehittelyn jokaisessa vaiheessa. Erityisesti viimeistelyvaiheessa palaute on ehdottoman tärkeää. Keinoina voidaan käyttää tuotteen esitestausta tai koekäyttöä. Palautetta olisi hyödyllistä saada myös henkilöiltä, joilla ei ole aiheesta ennestään kokemusta. Lisäksi tuotetta voidaan vertailla olemassa olevaan vastaavaan tuotteeseen. Tuote viimeistellään palautteen perusteella sopivaksi ennen lopullista julkaisua. (Jämsä ym. 2000, 80 – 81.) Viimeistelyn jälkeen tuote on valmis markkinointiin (Raatikainen 2008, 63).

Toimeksiantajalta ja terveyskeskuksen yhteyshenkilöltä saatu palaute oli positiivista ja vahvasti valittujen aiheiden sopivuutta liikuntapolkumallissa sekä opinnäytetyössä. Kuten teoriassakin kehoitetaan, palautetta pyydettiin myös henkilöiltä, joille aihe ei ollut ennestään tuttu. Palautteen mukaan malli on helppolukuinen ja selkeä. Lopullinen ulkoasu täsmentyi saatujen palautteiden perusteella.

7.7 Liikuntapolkumalli Nokialle

Nokian liikuntapolkumallia luotiin yhteistyössä terveyskeskuksen ja liikuntatoimen henkilökunnan kanssa. Malli pitää sisällään palveluita asiakkaille ja yhteistyötä eri henkilöstöryhmien välillä. Tässä mallissa lähtökohtana on mahdollisuus hyödyntää yksilöllistä liikuntaneuvontaa terveydenhuollon ja liikuntatoimen asiakkaiden liikkumisen lisäämiseksi joko yksin tai ryhmässä. Pyrkimyksenä on tiedottaa asiakkaita liikunnan kuntouttavista vaikutuksista sekä motivoida ja saada sitä kautta asiakas liikkumaan omaehtoisesti loppuelämänsä ajan. Malliin sisältyy myös ammattihenkilöiden välinen yhteistyön, seurannan ja palautteen mahdollisuus.

Mallissa eritellään lähettävät tahot sekä liikuntaneuvontaan lähettämisen kriteerit. Perusajatuksena on, että liikuntaneuvonnan kautta kuka tahansa liikuntaa harrastamaton asiakas voi ohjautua säännöllisen liikunnan pariin, joko itsenäiseksi liikkujaksi tai liikuntapalveluiden, seurojen tai yhdistysten ryhmiin. Malliin on valittu lähettämisen

kriteereiksi sairauksia, jotka nousivat ideointivaiheessa eniten esille ja joihin sairastuneet hyötyisivät liikunnasta. Tällaisia olivat tulosten pohjalta tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivät henkilöt, metabolista oireyhtymää sairastavat, diabeetikot, vakaat sydänpotilaat, sekä kuntoutusryhmiin pitkiksi ajoiksi jäävät lievestä neurologisista oireista kärsivät henkilöt. Myös ylipaino tai suosituksiin nähden vähäinen liikunnan harrastaminen ovat perusteita läheteelle. Myös asiakkaan oma tahto ja motivaatio tulee huomioida.

Lasten ja nuorten liikuntaneuvontaan voivat lähettää neuvola tai koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto. Lasten kohdalla on tärkeää huomioida koko perhe ja innostaa heitä liikkumaan yhdessä. Kaikenikäisiä asiakkaita voi lähettää terveyskeskuksen ammattihenkilöstö: lääkäri, terveyden-, sairaan- diabetes- tai kuntohoitaja, fysioterapeutti, ravintoterapeutti, mielenterveys- ja sosiaalitoimi. Myös muut liikunnanohjaajat voivat toimia lähettäjinä. Työikäiset voivat saada läheteen työterveyshuollosta.

Liikuntaneuvontaan lähettämisen voi tehdä sähköisesti suoraan Effica -ohjelmaan luodun Liikun -lehden kautta. Liikun -lehti on myös liikuntaneuvojan nähtävissä. Sitä kautta myös lähettävä taho saa palautetta ja tietoa liikuntasuosituksista ja liikuntaneuvonnassa sovitusta asioista. Nokian terveyskeskuksessa toimii ennestään lähetekäytäntö esimerkiksi fysioterapiaan pääsyssä. Samaa käytäntöä hyödynnetään liikuntaneuvojalle lähetettäessä. Sähköisen läheteen saannin jälkeen asiakkaalle varataan aika liikuntaneuvontaan. Lähettävä taho voi myös antaa asiakkaalle liikuntaneuvojan tiedot, jolloin hänellä on mahdollisuus itse hakeutua neuvontaan varaamalla ajan. Liikuntaneuvontaan voi siis hakeutua itse myös ilman lähetettä.

Liikuntaneuvonnassa lähdetään aina liikkeelle asiakkaan tarpeista. Ensimmäinen käynti sisältää haastattelua ja yhdessä ideoimista, jotta liikuntaneuvoja saa riittävästi tietoa asiakkaan kiinnostuksen kohteista tai vastaavasti inhoamista liikuntamuodoista. Yksilöohjausta voidaan jatkaa tarvittaessa esimerkiksi kuntosaliohjelman laatimisella. Liikuntapolku sisältää myös seurantaa. Liikuntaneuvonnassa kävijä kutsutaan seurantakäynnille sovitun ajan kuluttua ensikäynnistä. Seurantakäyntiaika sovitaan ensikäynnillä tai puhelimitse. Jos seurantakäyntiaikaa ei ole sovittu ensikäynnillä, liikuntaneuvoja ottaa yhteyttä asiakkaaseen noin kuukauden kuluttua. Tämä voi lisätä motivaatiota elämäntapamuutoksen ylläpitämiseen. Liikuntaneuvoja voi lähettää asiakkaan esimerkiksi ravitsemusneuvojalle tai lääkärin vastaanotolle. Näin voidaan toimia, jos asiakas on reilusti ylipainoinen, diabetesta sairastava tai jos ilmenee tarvetta jatkotutkimuksiin. Näin

liikuntapolku ei ole vain yksisuuntainen tie, vaan yhteistyötä voidaan tehdä molempiin suuntiin.

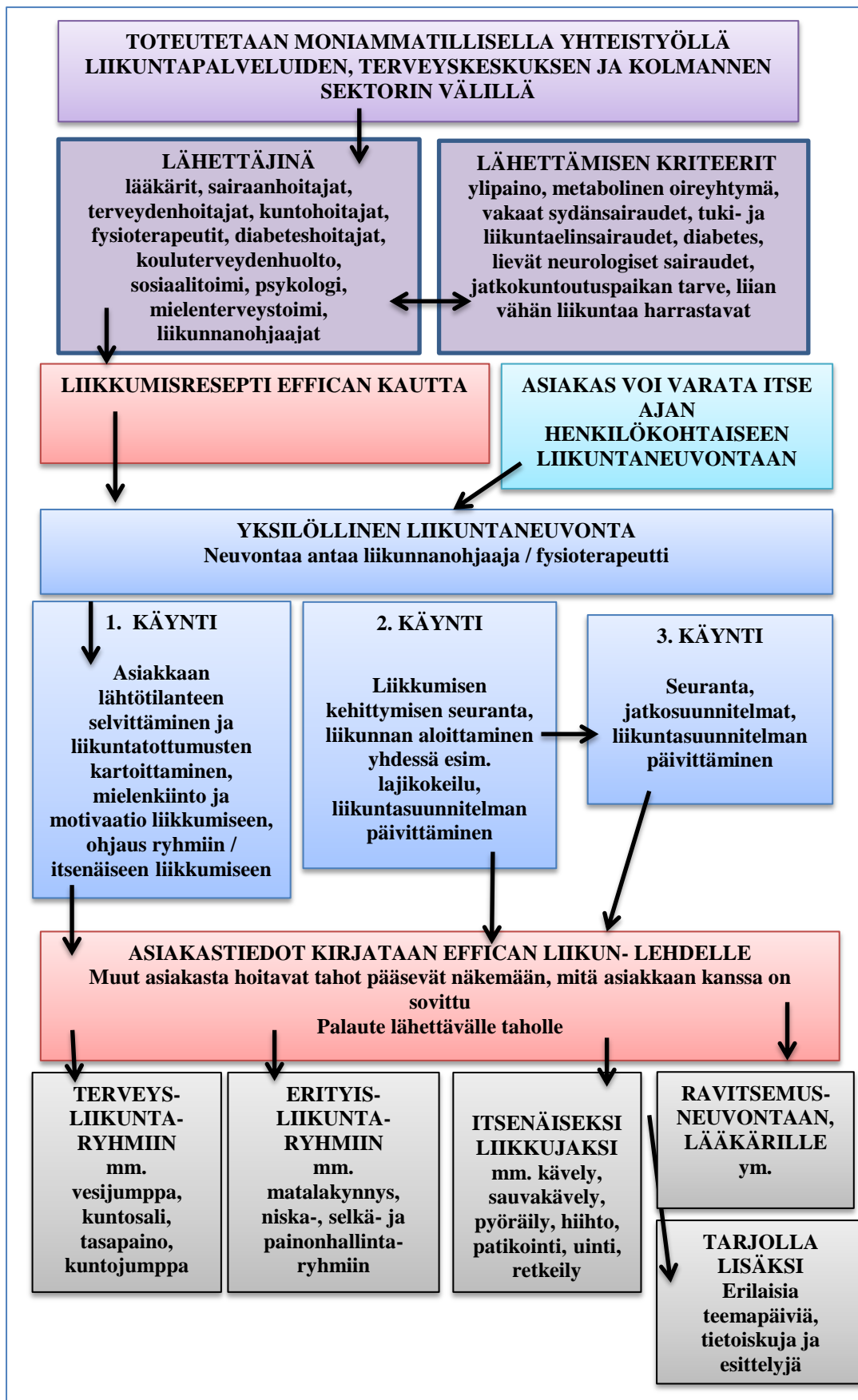
Liikuntaneuvonnan tavoitteena on asiakkaan omaehtoisen liikkumisen aloittaminen. Joillekin sopii hyötyliikunta pihalla tai metsässä. Toinen taas tarvitsee ohjausta ja kokee sopivansa paremmin liikuntaryhmiin. Neuvonnan pitkäntähtäimen tavoitteena on, että jokainen löytäisi oman tapansa liikkua ja jatkaisi sitä itsenäisesti loppuelämänsä ajan.

Ryhmäliikuntavaihtoehtoja on jo tarjolla vesijumpista kuntosaliryhmiin ja tasapaino- sekä kuntojumppiin. Palveluita löytyy kunnan järjestämien liikuntaryhmien ja pelivuorojen lisäksi yhdistysten ja seurojen liikuntaryhminä ja -tapahtumina. Esimerkiksi rapakuntoisille tai ylipainoisille, joilla kynnys lähteä mukaan liikuntaryhmiin on suuri, tulisi resurssien puitteissa järjestää lisäksi omia matalan kynnyksen ryhmiä. Näiden ryhmien kautta asiakkaat voisivat saada kipinän liikkumiselle sekä vertaistukea.

Liikuntaneuvojan tietämys alueen palveluista ja eri sairauksien vaikutuksista liikuntakykyyn on erityisen tärkeää, jotta neuvonta on mahdollisimman kattavaa ja toiminta turvallista.

Omaehtoiseen liikkumiseen kannustamisessa hyödynnetään liikuntapäiväkirjaa ja UKK-instituutin liikuntapiirakkaa (Aittasalo 2007, 11; UKK-instituutti 2011a). Yleistä tietämystä liikunnan mahdollisuuksista ja liikuntaneuvonnan saatavuudesta voidaan lisätä järjestämällä teemapäiviä, esittelyjä ja tietoiskuja. Liikuntakasvatuksen tehostamiseksi yhteistyö koulujen kanssa on toivottavaa.

Ennen liikuntapolkutoiminnan käyttöönottoa on hyvä koota moniammatillinen työryhmä, joka koostuu sekä liikuntatoimen että terveyspalveluiden henkilökunnasta. Mukaan työryhmään on hyvä kutsua edustajia kolmannen sektorin toimijoista, joilla on ohjelmassaan terveysliikuntapalveluita. Työryhmä voi laatia liikuntapolkukäytännön toimintastrategian, pelisäännöt ja tehtävänjaon. Tämän jälkeen toiminnan käynnistäminen on helpompaa (KUVIO 2).



KUVIO

2. Nokian liikuntapolkumalli

8 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi lähti liikkeelle Nokian kaupungin liikuntakoordinaattorin toiveesta. Työn tavoitteena oli luoda malli liikuntapolusta Nokialle. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä vuonna 2009 vain noin puolet suomalaisista aikuisista harrasti riittävästi kestävyysliikuntaa (Helakorpi ym. 2010, 18 – 19). Liikunnalla on todettu olevan paljon terveyttä edistäviä vaikutuksia (Liikunta 2012). Säännöllisen liikkumisen on jopa todettu ennalta ehkäisevän monia sairauksia (Fogelholm 2005, 48 – 53). Tätä kautta kuntalaisten liikunnallisuutta lisäämällä on mahdollista pienentää terveydenhuollon menoja. Liikuntareseptin on todettu lisäävän liikunnallista aktiivisuutta (Kukkonen-Harjula 2012). Liikuntaneuvonnalla puolestaan voidaan lisätä tietoisuutta terveysvaikutuksista ja antaa tukea ja motivaatiota elämänmuutokseen (Toropainen 2007, 16).

Nokian pitkäntähtäimen strategiassa pyritään asukkaiden hyvinvoinnin lisäämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn. Vuoden 2014 tavoitteisiin on kirjattuna muun muassa liikuntareseptin käyttöönotto. Nokialla halutaan tiivistää yhteistyötä terveydenhuollon ja liikuntatoimen välillä. (Nokian kaupunki 2014b.) Teoriankin mukaan moniammatillisuutta hyödyntämällä voidaan huomioida asiakas parhaiten kokonaisuutena (Isoherranen 2005, 14 – 15).

8.1 Opinnäytetyön toteutuksen ja menetelmien arviointi

Opinnäytetyötä aloitettaessa tekijöillä oli vain vähän käsitystä siitä, mitä liikuntapolku voisi pitää sisällään. Liikuntapolkumallin hahmottelua varten lähdettiin aluksi kartoittamaan, millaisia hankkeita Suomessa ja maailmalla on aiemmin toteutettu. Näiden tietojen pohjalta opinnäytetyöntekijät saivat laajemman käsityksen liikuntapolusta. Tämän ansiosta oli helpompi valita, miten tietoa lähdettiin keräämään. Menetelmäksi valittiin teemahaastattelu, koska sen avulla voidaan tutkia ilmiöitä ja kerätä kokemuksia tietystä aiheesta.

Teemahaastattelu voidaan toteuttaa puhelimitse tai kasvotusten. (Vilka ym. 2003, 63.) Sitä voidaan käyttää silloin, kun ei etukäteen tiedetä, millaisia vastauksia tullaan saamaan (Tuomi ym. 2012, 75 – 77). Etukäteen kerätty tieto oli ensiarvoisen tärkeää, jotta teemahaastatteluihin valitut kysymykset osattiin laatia (LIITE 4).

Kyselylomakkeeseen valitut kysymykset olivat onnistuneita ja tietoa saatiin riittävän laajasti. Haastateltavien määrä oli riittävä tarvittavien tietojen saamiseksi. Haastateltavien valinta

liikuntapolun molemmista päistä koettiin hyödylliseksi tiedonkeruun kannalta. Sen avulla saatiin parempi kuva kokonaisuudesta ja syvennettiin ymmärrystä siitä, mitä liikuntapolku vaatii toimiakseen. Koska osa haastatteluista toteutettiin erikseen, jokaisen haastattelun jälkeen reflektointiin yhdessä. Lisäksi tulosten lähettäminen sähköpostitse ja analysointi yhdessä mahdollistivat sen, että molemmat opinnäytetyöntekijät pysyivät hyvin tilanteen tasalla.

Haastattelutilanteita ei nauhoitettu, sillä tarvittavat tiedot saatiin kirjattua haastatteluiden aikana kyselylomakkeeseen riittävän tarkasti. Haastatteluilta kerätty tieto oli aiempien kokemusten kartoittamista eikä työn varsinainen tutkimuskohde. Pääpaino työssä on Learning cafe -menetelmällä kerätyllä tiedolla. Tutkimusmenetelmän valinta koettiin toimivaksi tiedon saannin, aikataulujen ja muiden ulkoisten tekijöiden, kuten esimerkiksi opinnäytetyön tekijöiden asuinpaikkakuntien pitkän välimatkan vuoksi.

Haastatteluista saatua tietoa jaettiin infotilaisuuksissa Nokialla. Molemmissa infotilaisuuksissa liikuntareseptin käyttöä ja hyötyjä perusteltiin muun muassa kertomalla, että liikuntareseptin käyttö on tutkitusti lisännyt liikunta-aktiivisuutta. Pysyviin muutoksiin on tutkimusten mukaan päästy seurantaan käyttämällä. (Kukkonen-Harjula 2012.)

Opinnäytetyöntekijät pitivät infotilaisuudet yksin; Eija Syrjä liikuntapalveluille ja Sini Heinonen terveystieteiden keskuksen henkilökunnalle. Tästä ei ollut työn toteutuksen kannalta mitään haittaa. Opinnäytetyöntekijät olivat tiiviisti yhteydessä toisiinsa ennen tilaisuuksia ja niiden jälkeen, ja tiedonkulku onnistui puhelimitse ja sähköpostitse hyvin.

Liikuntapalveluiden infotilaisuuden yhteyteen oli Eija Syrjän lisäksi pyydetty Tampereen kaupungin liikuntatoimen edustajaa kertomaan heillä käytössä olevasta liikkumislähetekäytännöstä. Tilaisuus oli avoin ja keskustelua käytiin koko ajan, sillä tutussa työyhteisössä asioita on totuttu kommentoimaan ja saamaan vastauksia. Terveystieteiden keskuksen infotilaisuudessa Sini Heinosen esittämä aihe herätti paljon keskustelua. Erityisesti käytännön toteutus ja työllistyvyys terveystieteiden keskuksen päässä mietityttivät. Molemmista infotilaisuuksista tuli runsaasti positiivista palautetta. Opinnäytetyön tekijöiden tuntemukset olivat erittäin iloiset, jopa yliodotusten onnistuneiden, tilaisuuksien jälkeen.

Idearihissä oli Learning cafen mukaisesti pohdittavana teemoja (Learning cafe 2012). Liikuntapalveluille oli valittu kolme teemaa ja terveystieteiden keskukselle neljä. Tähän päädyttiin, koska etukäteen tiedettiin liikuntapalveluiden tilaisuuteen tulevan vähemmän ihmisiä.

Mietittiin myös, mikä olisi olennaista tietoa ja keneltä sitä olisi hyödyllisintä kysyä. Liikuntapalveluiden kysymyksissä keskityttiin enemmän siihen, mitä asiakkaille liikuntaneuvonnan kautta voitaisiin tarjota. Terveyskeskuksen kysymykset käsittelivät asiakkaiden lähettämistä liikuntareseptillä eteenpäin, ketä lähetettäisi sekä liikuntapolkuun toivottuja käytäntöjä. Osittain teemat olivat samoja. Tulokset käytiin lopussa läpi yhteenvetona, kuten teoriassakin kerrotaan (Learning cafe 2012). Kysymysten perusteella saatiin vastauksia halutuista aiheista. Menetelmänä Learning cafe sopi tämän kokoisille ryhmille ja tähän aiheeseen hyvin. Kysymyksiä ei ollut esitettävä ja tilaisuuksissa huomattiin, että kysymyksissä oli tulkinnanvaraa. Jälkeenpäin todettiin, että kysymykset olisi pitänyt luetuttaa ulkopuolisilla henkilöillä ennen tilaisuuksia. Ajanpuutteen vuoksi näin ei tehty.

Learning cafe -menetelmälle on ominaista avoin keskustelu (Learning cafe 2012). Se mahdollisti tässä tilanteessa kysymysten muokkaamisen ja selittämisen vielä paikan päällä. Jälkeenpäin mietittiin vielä, olisiko tärkeimpien kohtien painotusta pitänyt kysyä erikseen. Tuloksia analysoitiin yhdistelemällä tilaisuuksissa saatuja vastauksia ja ryhmittelemällä niitä aiheittain. Tärkeiksi nousseet aiheet näkyivät tuloksista lopulta selkeästi. Molemmat ideariitit onnistuivat opinnäytetyöntekijöiden mielestä hyvin.

Learning cafe -menetelmällä kerättyjen tietojen analysointi tehtiin ryhmittelemällä aiheita ja keräämällä molempien tilaisuuksien tiedot yhteen, jolloin nähtiin, mitkä aiheet nousivat tärkeimmiksi. Tärkeimpien asioiden perusteella tehtiin useita eri versioita kaaviosta. Palautetta ja arviointia opinnäytetyöstä sekä Nokian liikuntapolkumallista pyydettiin henkilöiltä, joilla ei ollut aiempaa kosketusta liikuntapolkukäytäntöihin sekä toimeksiantajalta että terveystieteiden yhteyshenkilöltä. Teorian mukaan palautteen tarve erityisesti tuotteistamisen viimeistelyvaiheessa on ehdottoman tärkeää. Tuote viimeistellään palautteen perusteella sopivaksi. (Jämsä ym. 2000, 80 – 81.) Saadun palautteen myötä lopullinen liikuntapolun kaaviomalli kehittyi (KUVIO 2).

Lopullinen liikuntapolkumalli on laaja. Malliin on jäänyt paljon eri vaihtoehtoja lähettäjistä ja lähetyskriteereistä. Tulosten perusteella tarkempaa rajausta ei voitu tehdä. Esitestaamalla olisi voitu saada tarkempi rajausta. Tämä opinnäytetyö, monine eri vaiheineen, on ollut tekijöille työllistävä. Tämän vuoksi mallin käyttöönotto on jo alussa rajattu pois tästä työstä. Lisätyö ei ollut mahdollinen opinnäytetyön 15 opintopisteen laajuuden puitteissa. Tätä

liikuntapolkumallia voidaan hyödyntää Nokialla siinä vaiheessa, kun liikuntareseptin käyttöönotto aloitetaan. Lopullinen laajuus määräytyy resurssien mukaan.

8.2 Yhteistyö

Opinnäytetyön aikana tehtiin yhteistyötä Nokian kaupungin liikuntatoimen sekä terveyskeskuksen henkilökunnan kanssa. Eija Syrjä työskentelee liikuntatoimen alaisuudessa, joten tiedonkulku toimeksiantajan ja opinnäytetyöntekijöiden välillä oli sujuvaa. Toimeksiantaja on antanut vapaat kädet toteutuksen suhteen. Kuitenkin tärkeistä suuntaviivoista on kysytty varmistusta ja saatukin valintaa tukevia kommentteja. Terveyskeskuksen yhteyshenkilön kanssa tehty yhteistyö koettiin erittäin tärkeäksi. Yhteyshenkilön toiminta mahdollisti tiedonkulun terveyskeskuksen ja opinnäytetyöntekijöiden välillä. Esimerkiksi aktiivinen tiedottaminen lääkäreille ja muulle terveyskeskuksen henkilökunnalle oli oleellista, jotta infotilaisuuteen ja ideariihien saatiin paljon osallistujia. Yhteistyön kautta saatiin tärkeää tietoa terveyskeskuksen toimintatavoista ja käytännöistä. Palaute on yhteyshenkilön suunnalta ollut koko ajan positiivista ja kannustavaa. Tämän lisäksi yhteistyötä on tehty haastatteluiden muodossa eri kuntien fysioterapeuttien ja liikuntaneuvojien kanssa.

Opinnäytetyön tekijöiden välinen yhteistyö on sujunut hyvin, ilman konflikteja. Työnjako on alusta alkaen sujunut hyvin ja tekijöiden vahvuusalueet ovat menneet hyvin ristiin siten, että osaamista eri aihealueisiin on löytynyt aina tarvittaessa jommalta kummalta.

Lopputuotoksessa kirjoitetut tekstit sulautuvat toisiinsa niin, ettei ole enää erotettavissa, kumman kirjoittamaa teksti on. Määrällisesti työ on jakautunut tasaisesti molemmille.

Ajankohdallisesti opinnäytetyö ajoittui hyvään kohtaan, sillä molemmat tekijät olivat poissa työelämästä vuoden 2013. Haasteena kuitenkin oli opinnäytetyön tekijöiden asuinpaikkakuntien pitkä etäisyys toisistaan ja molempien lapsiperhe-elämä omine kiireineen. Lisäksi molemmat tekijät ovat nopeuttaneet opintojensa etenemistä, minkä vuoksi vuoteen 2013 on mahtunut paljon muun muassa muita kursseja ja harjoitteluita. Yhteisen ajan puute aiheutti haasteita erityisesti viimeistelyä ja pohdintaa tehtäessä.

8.3 Tavoitteiden täyttyminen, tiedonhankinta ja hyödynnettävyys

Opinnäytetyön tavoitteet saavutettiin ja toimeksiantaja oli tyytyväinen liikuntapolkumallikaavioon. Näin jälkikäteen voidaan todeta, että tutkimuksen eri vaiheiden esitestausta olisi pitänyt tehdä enemmän. Koko opinnäytetyöprosessia ajatellen oppimista tapahtui paljon. Oppimista tapahtui muun muassa tuotteistamisprosessin työstämiseen ja raportointiin liittyen. Ammatillisesti ajatellen saatiin kokemusta moniammatillisesta yhteistyöstä sekä eri tahojen toimintatavoista ja käytännöistä. Opinnäytetyötä aloitettaessa toista tekijää kauhistutti ajatus englanninkielisistä tutkimuksista ja toista omat atk-aidot. Osaamisen vahvuusalueet menivät kuitenkin hyvin ristiin ja työtä ei koettu ylivoimaiseksi. Molempien taidot ovat kehittyneet työn edetessä. Myös esiintymisvarmuutta saatiin lisää eri vaiheiden myötä.

Opinnäytetyötä varten etsittävän tiedonhankinta koettiin haasteellisena. Erityisesti liikuntaan liittyvistä aihepiireistä tutkimuksia on tehty todella paljon. Niiden joukosta oli välillä vaikea löytää aiheeseen sopivinta tietoa. Raportoinnin kannalta kaikki haut ja hakutulokset olisi pitänyt kirjata tarkemmin ylös. Tieto raportoinnin tarkkuudesta tuli siinä vaiheessa, kun suurin osa teoriapohjasta oli jo kerätty.

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntynyt liikuntapolkumalli on käyttökelpoinen. Nokian kaupungin vuoden 2014 tavoitteissa on liikuntareseptin käyttöönotto (Nokian kaupunki 2014b). Opinnäytetyöntekijöiden pitämät info- ja ideointitilaisuudet ovat vaikuttaneet Nokialla liikuntapalveluiden sekä terveyskeskuksen henkilökunnan ajatuksiin positiivisesti. Liikuntakoordinaattori ja terveyskeskuksen fysioterapiaosaston osastonhoitaja ovat jo suunnitelleet työryhmän perustamista. Liikuntapolkumalli tullaan ottamaan tosissaan, vaikkakin työryhmän tehtäväksi jää päättää, millaisessa muodossa polkua käytetään.

8.4 Eettisyys, luotettavuus ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan työstetty eettisiä toimintaperiaatteita kunnioittaen. Tutkimusluvat on anottu ja lupaa odotettu, ennen kuin työ on varsinaisesti aloitettu. Saatu tieto on säilytetty ulkopuolisten henkilöiden ulottumattomissa sekä käsitelty luottamuksellisesti. Teoriatieto on kirjoitettu opinnäyteohjeiden mukaisesti lähdeviittauksia käyttäen. Toisen kirjoittamaa tekstiä ei ole kopioitu.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointia tehdään monien erilaisten asioiden ja painotusten pohjalta. Objektivisuus ja totuus itsessään ovat arvioitavia seikkoja. Yhtä ainoaa oikeaa tapaa ei ole olemassa. (Tuomi ym. 2012, 134.) Haastatteluissa opinnäytetyön tekijöiden näkemykset ovat varmasti vaikuttaneet keskusteluihin jonkin verran, mutta se on menetelmän puitteissa sallittua. (Tuomi ym. 2012, 73.) Aineiston keruussa olisi voitu hyödyntää nauhoitusta, mutta niin ei nyt toimittu. Tämä vähentää vaiheen luotettavuutta. Sekä teemahaastatteluissa että Learning cafe -menetelmällä kerätyn tiedon luotettavuutta olisi lisännyt parempi kysymysten esitestaus.

Opinnäytetyön tekijöiden motiivina on ollut tehdä tulosten pohjalta paras mahdollinen tuotos toimeksiantajalle. Eija Syrjä on töissä liikuntapalveluissa ja hänen työkuvaansa tulee vaikuttamaan liikuntareseptin käyttöönotto. Molemmille tekijöille hyvinvointi ja terveelliset elämäntavat ovat tärkeitä ja kiinnostavia aiheita. Aihe oli tekijöille henkilökohtaisesti kiinnostava ja monella tavoin ajankohtainen. Tämä yhdistettynä työelämälähtöisyyteen auttoivat motivoimaan työn tekemiseen. Työn raportointi on edennyt teorian mukaisesti ja teoriaan viitaten.

Nokian liikuntapolkumallia ei ole testattu ennakoon. Nyt, kun käyttöönottoa suunnitellaan, on työryhmän hyvä poimia pieni otanta liikuntapolkumallista ja lähteä liikkeelle pilottikokeilulla. Jatkotutkimuksena voitaisiin tutkia, miten liikuntapolun käyttöönotto on lisännyt asukkaiden liikuntatottumuksia Nokiassa. Toisena jatkotutkimuksena voitaisiin tutkia, helpottuvatko jonkin tietyn sairauden oireet liikunnan vaikutuksesta.

LÄHTEET

Aittasalo, M. 2007. Liikuntaneuvonta. *Liikunta & Tiede* 5/2007, 10 – 13.

Aittasalo, M. 2008. Promoting Physical Activity of Working Aged Adults with Selected Personal Approaches in Primary Health Care: Feasibility, effectiveness and an example of nationwide dissemination. Jyväskylä: University of Jyväskylä, Studies in Sport, Physical Education and Health [viitattu 21.1.2014]. Väitöskirja. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18620/9789513932961.pdf?%20sequence=1>

Aittasalo, M. & Miilunpalo, S. 2002. Liikkumisresepti, Pilottitutkimusten päätösraportti. UKK-instituutti [viitattu 27.2.2013]. Saatavissa: <http://www.liikkumisresepti.net/mikaon.html>.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) 2009. Fysiatria. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Balducci, S., Zanuso, S., Nicolucci A., De Feo, P., Cavallo, S., Cardelli, P., Fallucca, S., Alessi, E., Fallucca, P. & Pugliese, G. 2010. Effect of an intensive exercise intervention strategy on modifiable cardiovascular risk factors in subjects with type 2 diabetes mellitus. A randomized controlled trial: the Italian diabetic and exercise study. Rooma: Diabetes division, San't Andrea Hospital [viitattu 31.10.2013]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3504024/>.

Edwarson, C.L., Gorely, T., Davies, M.J., Gray, L.I, Khunti, K., Wilmot, E.G., Yates, T. & Biddle, S.J. 2012. Association of sedentary behavior with metabolic syndrome: a meta-analysis. *PLoS One*. Epub 2012 [viitattu 31.10.2013]. Saatavissa: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0034916>.

Fogelholm, M. 2005. Lihavuus ja kehonkoostumus. Teoksessa: Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) *Terveysliikunta – fyysinen aktiivisuus terveyden edistämisessä*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Fogelholm, M. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7 – 18 -vuotiaille. 2008. Opetusministeriö ja Nuori Suomi ry [viitattu 18.8.2013]. Saatavissa:

http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuositus-kirja%28kevyt%29_08.pdf.

Haskell, W. L., Lee, I-M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., Macera, C. A., Heath, G. W., Thompson, P. D. & Bauman, A. 2007. Psysical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Official Journal of the American College of Sports Medicine.

Helakorpi, S., Laitalainen, E. & Uutela, A. 2010. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 7/2012 [viitattu 13.1.2014]. Saatavissa:

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80291/ce5ee5c1-6df4-44c2-bcd7-c3b735019570.pdf?sequence=1>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 14. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, E., Lahti, J., Rahkonen, O., Lahelma, E. & Laaksonen, M. 2012. Liikunta ehkäisee pitkiä sairauslomia. Suomen lääkärilehti. 14 - 15/2012, 67.

Husu, P., Paronen, O., Suni, J. & Vasankari, T. 2011. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010: Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15 [viitattu 14.3.2013]. Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2011/liitteet/OKM15.pdf>.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Javanainen, M. 2007. Sydän- ja verisuonitaudit. Duodecim, Terveyskirjasto [viitattu 14.9.2013]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=avv00023.

Jämsä, K. & Manninen E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Kallings, L. V. 2010. Fysisk aktivitet på recept i Norden -erferenheter och rekommendationer, På uppdrag av ”Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet” [viitattu 27.2.2013]. Saatavissa: <http://www.nhv.se/upload/Biblioteket/Fysisk%20aktivitet.pdf>.

Kansallinen liikuntatutkimus 2009 – 2010 – Aikuisliikunta. 2010. Suomen Kuntoliikuntaliitto. SLU:n julkaisusarja 6/2010 [viitattu 27.2.2013]. Saatavissa: http://slu-fi-bin.directo.fi/@Bin/3d600705635f6ed011943ecf9fa71fc2/1361950735/application/pdf/3244706/Liikuntatutkimus_aikuiset_2009_2010.pdf.

Kansallinen TULE -ohjelma. 2007. Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto - Suomen Tule ry [viitattu 13.12.2013]. Saatavissa: www.suomentule.fi/KTO.pdf.

Kohonnut verenpaine. 2009. Käypä hoito -suositus [viitattu 14.9.2013]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04010#s2>.

Kukkonen-Harjula, K. 2012. Liikkumisreseptin käyttö perusterveydenhuollossa lääkärin neuvontavälineenä [viitattu 14.7.2013]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nak07799#R1>.

Lambers, S., Van Laethem, C., Van Acker, K. & Calders, P. 2008. Influence of combined exercise training on indices of obesity, diabetes and cardiovascular risk in type 2 diabetes patients. Clinical Rehabilitation 2008; 22: 483 - 492 [viitattu 29.11.2013]. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=da1ce95e-3e3e-4910-a811-bf4b398b2605%40sessionmgr4&vid=26&hid=24>.

Learning cafe. 2012. Inno kylä [viitattu 3.9.2013]. Saatavissa: [/www.innokyla.fi/web/malli109421](http://www.innokyla.fi/web/malli109421).

Lihavuus (aikuiset) 2011. Duodecim, Käypä hoito [viitattu 22.8.2013]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010#A2>.

Liikkumisresepti. 2013. Tampereen kaupunki [viitattu 27.12.2013]. Saatavissa: <http://www.tampere.fi/liikuntajavapaaaika/liikuntajaulkoilu/ohjattu/liikkumisresepti.html>.

Liikunta. 2012. Duodecim, Käypä hoito [viitattu 27.2.2013]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075#s12>.

Liikuntalaki 1054/1998. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19981054>.

Lundqvist, A., Lahti-Koski, M., Rissanen, A., Stenholm, S., Borodulin, K. & Männistö, S. 2012. Biologiset vaaratekijät, Lihavuus. Teoksessa Koskinen, S., Lunqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 68/2012, 62 – 65 [viitattu 14.1.2014]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1.

Lähdesmäki, L., Tala, S. & Lautamaja, M. 2008. Liikkumisreseptin alueellinen toteuttaminen ja vaikutusten arviointi. Hanke- ja jatkohankeraportti. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä [viitattu 5.1.2014]. Saatavissa: http://www.tep.fi/lrhanke/LR_materiaalit.html.

Ministry of Health. 2010. How the Green Prescription works. Ministry of Health in New Zealand [viitattu 23.8.2013]. Saatavissa: <http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions/how-green-prescription-works>.

Mustajoki, P. 2013a. Kolesterolit. Duodecim, Terveyskirjasto [viitattu 14.9.2013]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00035.

Mustajoki, P. 2013b. Metabolinen oireyhtymä. Duodecim. Terveyskirjasto [viitattu 15.9.2013]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045.

Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A.C., Macera, C. A. & Castaneda-Sceppa, C. 2007. Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Official Journal of the American College of Sports Medicine.

Nokian kaupunki. 2014a. Strategia, onnistumissuunnitelma kohti hyvinvoivaa Nokiaa [viitattu 9.1.2014]. Saatavissa: <https://nokiankaupunki-fi->

d.aldone.fi/kuntainfo/strategia_ja_talous/strategia/.

Nokian kaupunki. 2014b. Taloussuunnitelma 2014 – 2016 [viitattu 15.1.2014]. Saatavissa: http://nokiankaupunki-fi-bin.aldone.fi/@Bin/862e62beab19dd9fc2444cfb419db5b3/1390280885/application/pdf/6625609/Talousarvio2014_netti.pdf.

Nupponen, R. & Suni, J. 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa: Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) Terveysliikunta – fyysinen aktiivisuus terveyden edistämisessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Poukka, T., Ivari, H. & Vapaaoksa, M-R. 2008. Lisäystä terveystieteeseen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2008 [viitattu 13.3.2013]. Saatavissa: <http://www.tays.fi/download.aspx?id=1445&guid={9c26f9db-8b09-4125-9aa2-13f48ea01a4e}>.

Raatikainen, L. 2008. Asiakas, tuote ja markkinat. Helsinki: Edita

Rossi, A., Dikareva, A., Bacon, S. & Daskalopoulos, S. 2012. The impact of physical activity on mortality in patients with high blood pressure: a systematic review Journal of Hypertension 2012; 30: 1277 - 88 [viitattu 29.11.2013]. Saatavissa:<http://web.ebscohost.com/aineistot.phkk.fi/ehost/detail?vid=42&sid=da1ce95e-3e3e-4910-a811-bf4b398b2605%40sessionmgr4&hid=24&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2011592145>.

Salo, M-B. 2012. Koulutusmateriaali. Päijät-Hämeen Liikunta ja Urheilu. Lahti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012 – 2015. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:1 [viitattu 28.2.2013]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf.

Sousa, N., Mendes, R., Abrantes, C., Sampaio, J. & Oliveira J. 2013. The long-term effects of aerobic training versus combined training on physical fitness and cardiovascular diseases risk factors in overweight elderly men with high blood pressure. British Journal of Sports Medicine 2013; 47: e3 [viitattu 29.11.2013].

Saatavissa:<http://web.ebscohost.com/aineistot.phkk.fi/ehost/detail?vid=42&sid=da1ce95e->

3e3e-4910-a811-

bf4b398b2605%40sessionmgr4&hid=24&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db
=cin20&AN=2012151953.

Ståhl, T. 2005. Reseptillä liikkeelle, Liikkumisresepti-hankeen arviointi. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 170. Jyväskylä [viitattu 27.2.2013]. Saatavissa: <http://www.liikkumisresepti.net/LRloppuraportti.pdf>.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Terve tuki- ja liikuntaelimityö: opas tule – sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon [viitattu 18.11.2013]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d1fa552c-8d7b-4450-92df-2b9605f85604>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tartu toimeen - ehkäise diabetes [viitattu 15.9.2013]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b18cb1c2-3fb8-4546-aacd-40b86ce748f8>.

Toropainen, E. 2007. Erilliset lenkit vahvaksi ketjuksi – yhteistyöllä asiakas itsenäiseksi liikkujaksi. Liikunta & tiede 5/2007, 14 - 17

Toropainen, E. 2012. Terveysliikuntauutiset. UKK-instituutti [viitattu 27.10.2013]. Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/terveysliikuntauutiset/uutinen/53/onko_liikuntaneuvo.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

UKK-instituutti. 2008. Terveysliikunnan tutkimusuutiset – liikettä lihavuuteen 2008 [viitattu 24.7.2013]. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/187-nettiin-tutkimusuutiset08.pdf>.

UKK-instituutti. 2011a. Liikuntapiirakka [viitattu 27.2.2013]. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>.

UKK-instituutti. 2011b. Liikkumisresepti-hanke 2001 – 2004 [viitattu 20.7.2013]. Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti/liikkumisresepti_2001-2004.

UKK-instituutti. 2012. Liikunnan vaikutukset [viitattu 27.2.2013]. Saatavissa:
http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunnan_vaikutukset.

Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset. 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:17 [viitattu 18.8.2013]. Saatavissa:
http://www.nuorisuomi.fi/files/ns2/paivahoito_PDF/varhaiskasliiksuo_2005.pdf.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) 2005. Liikuntalääketiede 3. painos. Liikunta, kunto ja terveys. Hämeenlinna: Duodecim.

Walker, K.Z., Dea, K.O., Gomez, M., Girgis, S. & Colagiuri, R. 2010. Diet and exercise in the prevention of diabetes. Journal of Human Nutrition and Dietetics 2010; 4:344-52 [viitattu 29.11.2013]. Saatavissa:
<http://web.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=da1ce95e-3e3e-4910-a811-bf4b398b2605%40sessionmgr4&vid=36&hid=24>.

Waller, K. 2011. Leisure-Time Physical Activity, Weight Gain and Health A Prospective Follow-Up in Twins. Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta [viitattu 29.11.2013]. Väitöskirja. Saatavissa:
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36892/9789513944506.pdf?sequence=1>.

Wilskman, K. 2008. Liikkumisresepti tukee sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien liikuntaneuvontatyötä. Sairaanhoitaja-lehti 4/2008 [viitattu 5.1.2014]. Saatavissa:
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/4_08/muut_artikkelit/liikkumisresepti_tukee_sairaanho/.

WHO. 2010. Global Recommendation on Physical Activity for Health. World Health Organization [viitattu 14.7.2013]. Saatavissa:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.

WHO. 2011. Physical activity. World Health Organization [viitattu 29.12.2013]. Saatavissa:
http://www.who.int/topics/physical_activity/en/.

LIITTEET

LIITE 4

HAASTATTELU LIIKKUMISLÄHETTEEN KÄYTÖN KOKEMUKSISTA

1. Millainen käytäntö, miten toimii, ketkä toimivat lähettäjinä? Kuinka paljon lähetetään?
2. Kuinka työllistävä? Esim päivä viikossa? Yksi vai useampi liikuntaneuvoja /FT/joku muu? Kuka?
3. Miten tieto liikkuu fysioterapian, lääkärin ja liikuntaneuvojien välillä? Saavatko liikuntaneuvojat tietoa asiakkaan terveydentilasta, fysioterapian etenemisestä ja toisin päin? Liikun - lehti
4. Työntekijän kokemukset, asiakkailta saadut palautteet? Toimivuus käytännössä? Asiakkaiden kiinnostus? Onko käytäntö työläs?
5. Asiakkaiden sijoittuminen liikuntapalveluihin – omat ryhmät, muut ryhmät, yksilökäyntejä, kuntosali, jumpat?
6. Muut kommentit, risut ruusut, kehitysideat